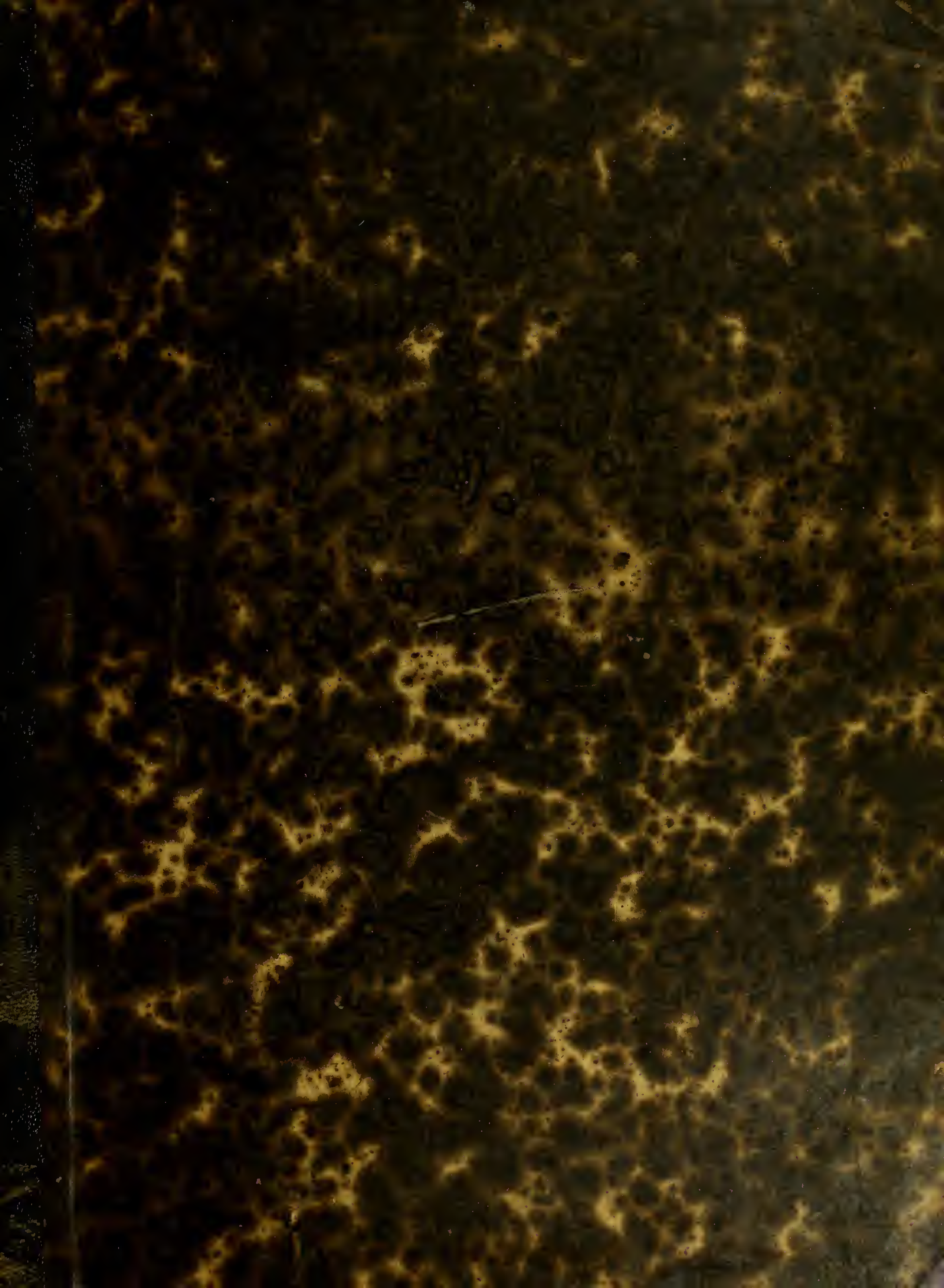
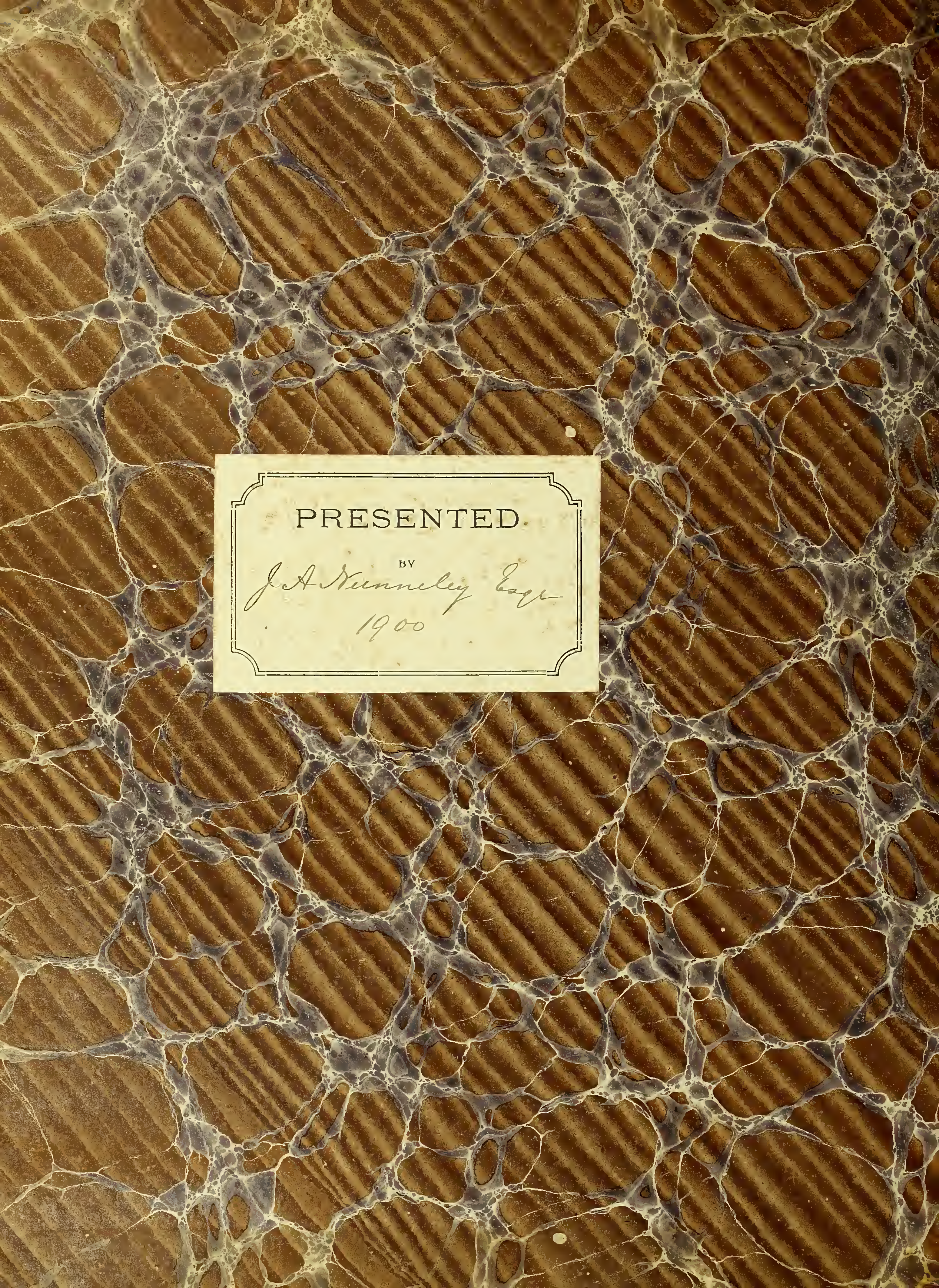
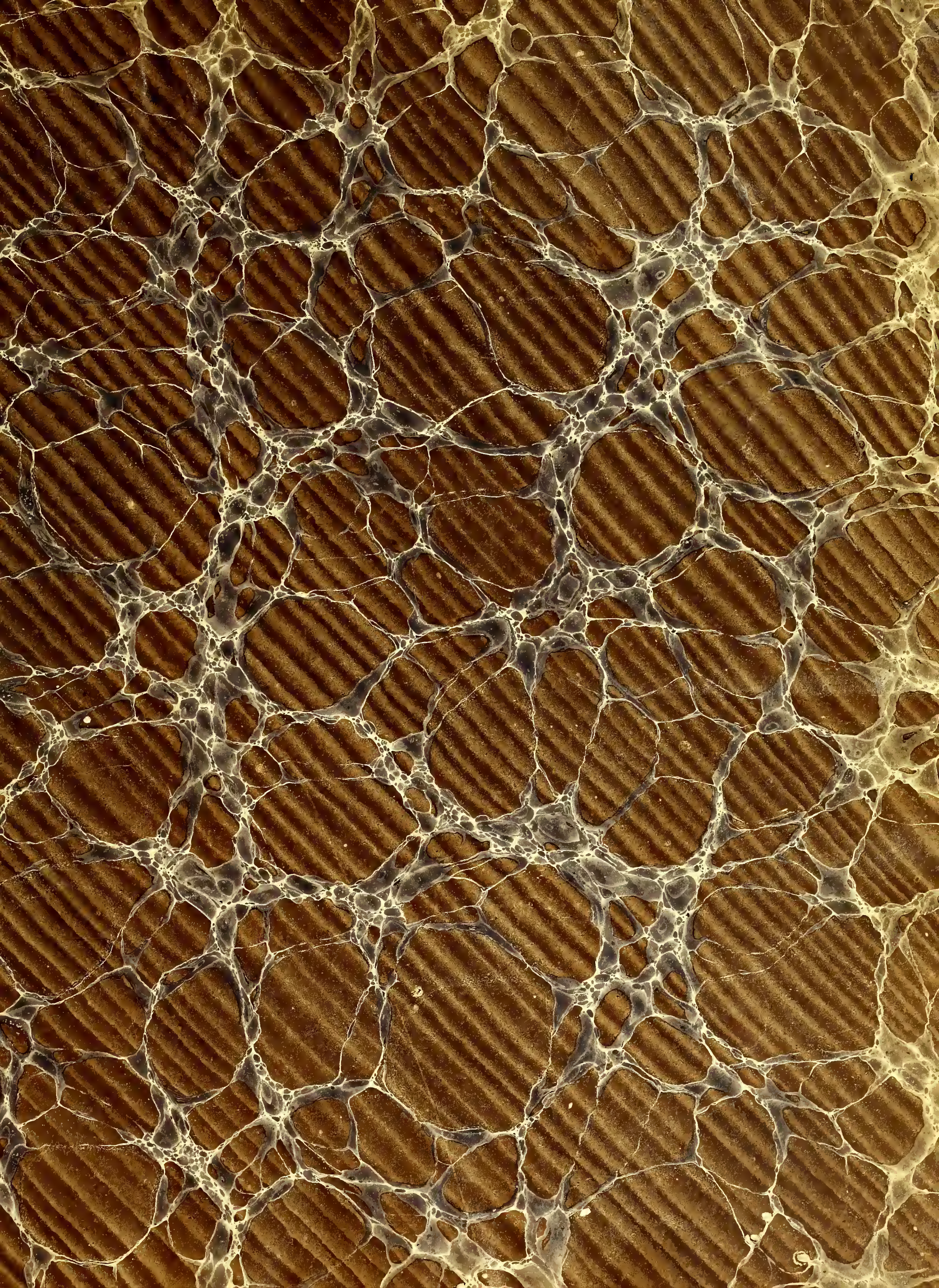
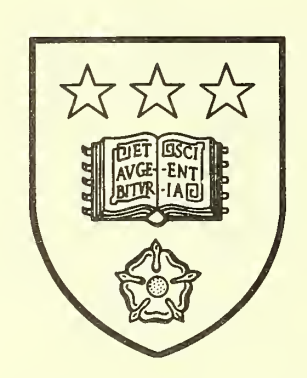



PRESENTED
BY
J. A. Nunneley Esqr
1900




ET
AVGE-
BITVR
SCI
-ENT
-IA

ICONOGRAPHIE
OPHTHALMOLOGIQUE.

ATLAS

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

ICONOGRAPHIE
OPHTHALMOLOGIQUE

OU

DESCRIPTION, AVEC FIGURES COLORIÉES,

DES MALADIES DE L'ORGANE DE LA VUE,

COMPRENANT

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE,
LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALES,

PAR

J. SICHEL,

Docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris,
Docteur en philosophie de la Faculté de Giessen, Licencié ès lettres de la Faculté de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur et Chevalier de plusieurs ordres, Médecin-Oculiste des Maisons impériales
d'éducation de la Légion d'Honneur, du bureau de bienfaisance du onzième arrondissement
et de plusieurs Sociétés philanthropiques, membre de plusieurs Académies
et Sociétés savantes impériales et étrangères.

ATLAS DE LXXX PLANCHES.

PARIS,
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
Rue Hautefeuille, 19.

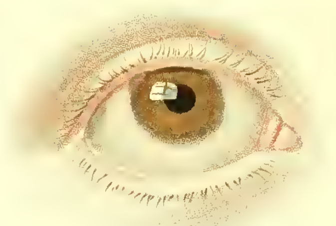
LONDRES
HIPP. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

NEW-YORK
HIPP. BAILLIÈRE, 400, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1852—1859

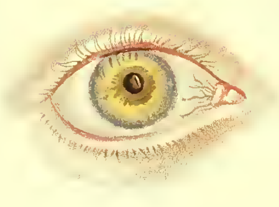




1

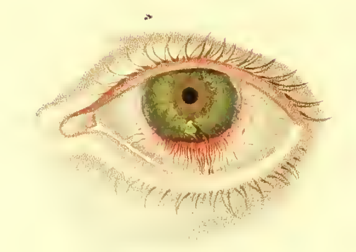


2

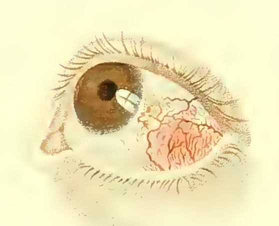


3

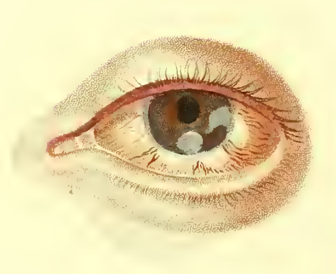




4



5



6

ad nat. pinx. Martin sc.

J. B. Baillière, libraire, à Paris

rue St Jacques 33

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

REFLET NATUREL DE LA CORNÉE ET OPHTHALMIES TRAUMATIQUES. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (60) DE L'ANNEAU CONJONCTIVAL (FIG. 1-3, 5, 6) ET DU CERCLE VEINEUX (FIG. 4).

Fig. 1. Reflet naturel de la cornée d'un œil sain. (Voy. p. 5, à la fin de l'Introduction.)

Fig. 2. Parcelle de fer fixée dans la cornée gauche ; iritis séreux et synéchies postérieures. — Obs. 1.

Fig. 3. Morceau d'acier cunéiforme, profondément et obliquement implanté dans la cornée droite et presque perforant. — Obs. 2.

Fig. 4. Moitié d'une coque de graine de millet fixée dans la cornée gauche et entourée d'une couronne vasculaire. — Obs. 3.

Fig. 4 *a*. L'ulcération restée après l'extraction de ce corps étranger et la couronne vasculaire persistante, vues à la loupe.

Fig. 5. Fragment de pierre placé à la surface de la sclérotique de l'œil gauche, sous la conjonctive qu'il a traversée. — Obs. 4.

Fig. 6. Brûlure du globe oculaire gauche par un morceau de fer incandescent ; escarres de la cornée et de la conjonctive scléroticale. — Obs. 5.

PLANCHE II.

OPHTHALMIES CATARRHALE, GRANULAIRE, CATARRHO-RHUMATISMALE.

Fig. 1. Ophthalmie catarrhale et granulations miliaires discrètes. Injection catarrhale de la conjonctive sans sclérite. — Obs. 6.

Fig. 2. Ophthalmie catarrhale avec granulations miliaires. Tendance à la sclérite. — Obs. 7.

Fig. 3. Granulations larges, arrondies, dures, confluentes et en crête de coq continue. — Obs. 8.

Fig. 4. Granulations volumineuses, molles et discrètes. — Obs. 9.

Fig. 5. Ophthalmie catarrho-rhumatismale commençante. Injection catarrhale avec commencement de sclérite. — Obs. 10.

Fig. 6. Ophthalmie catarrho-rhumatismale. Injection catarrhale avec sclérite. Granulations miliaires et presque confluentes. Iritis. — Obs. 11.



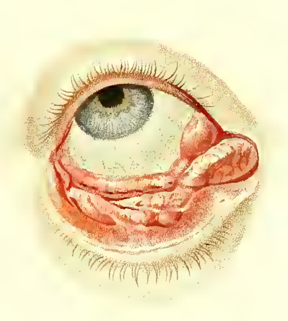
1



2



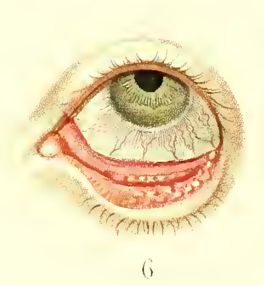
3



4



5



6

Beau ad nat. pinx.

Sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris



1



2



3

4

5



6

F. Beau ad nat. pinx. Visto sc.

J. B. Baillière Libraire à Paris.

9

PLANCHE III.

GRANULATIONS ET CHÉMOSIS.

Fig. 1. Granulations discrètes, dures, d'une nature particulière, sur un individu lymphatique. — Obs. 12.

Fig. 2. Un groupe de ces granulations, vu sous la loupe.

Fig. 3. Granulations fongiformes sur un individu scrofuleux. — Obs. 13.

Fig. 4. Ophthalmite (inflammation de toutes les membranes oculaires) parvenue au degré de l'exophthalmie ou phlegmon du globe, avec chémosis inflammatoire ou parenchymateux. — Obs. 14.

Fig. 5. Chémosis séreux. — Obs. 15.

Fig. 6. Exophthalmie avec chémosis phlegmoneux ou inflammatoire. Rétinite avec opacité chatoyante dans la pupille symptomatique d'une exsudation à la surface de la rétine (une des formes de l'*œil de chat amaurotique* de Beer). — Obs. 16.

PLANCHE IV.

ANATOMIE NORMALE DE L'ŒIL.

Fig. 1-3, d'après M. Bruecke; fig. 4-6, d'après M. Arlt.

Fig. 1. Coupe théorique horizontale de l'œil, cinq fois grossie.

Fig. 2. Coupe verticale de la rétine passant par toute son épaisseur.

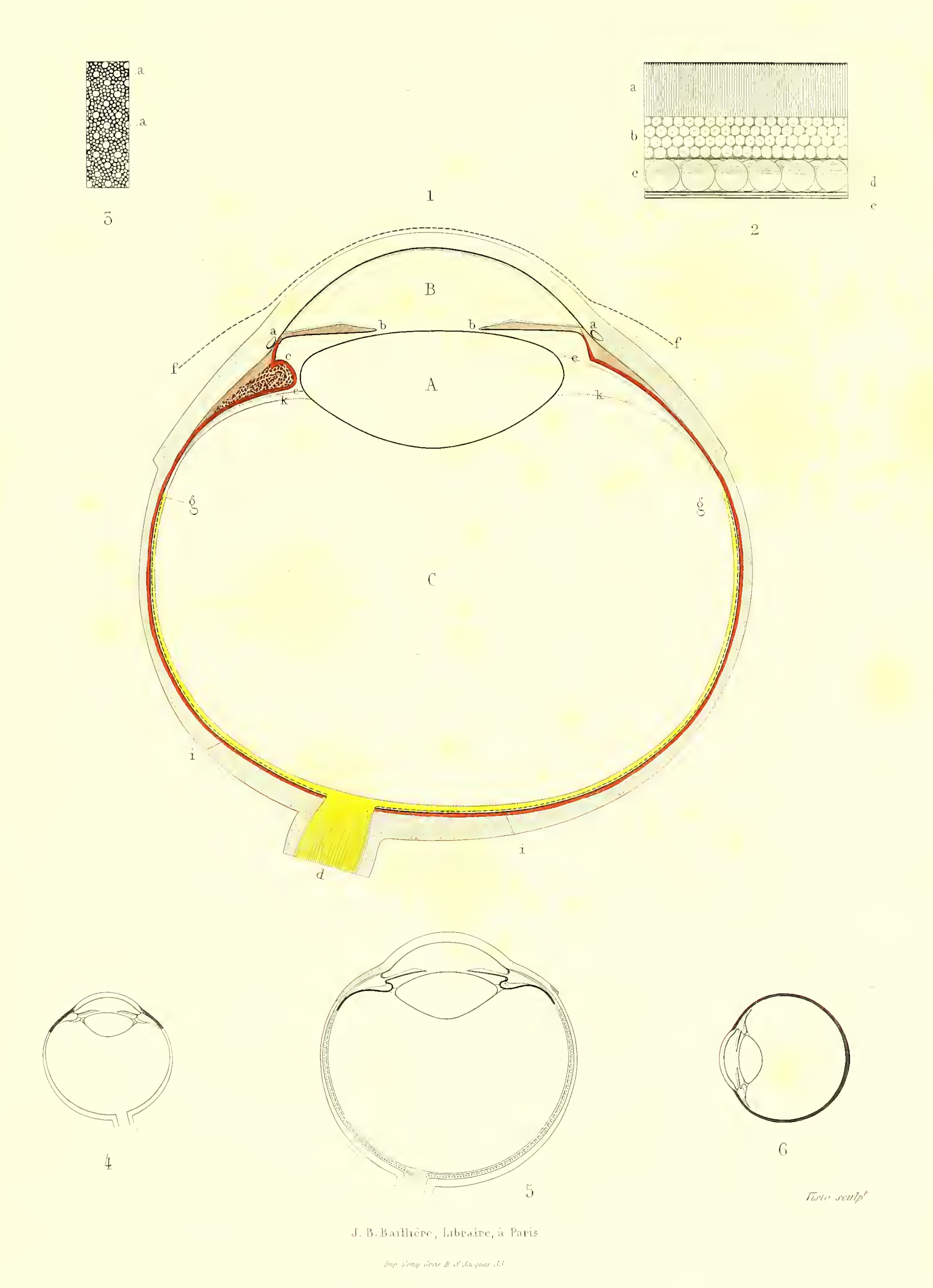
a. Couche des baguettes.
b. Couche nucléaire.
c. Couche des cellules cérébrales.
d. Couche des fibres du nerf optique.
e. Membrane limitante.

Fig. 3. Coupe horizontale de la couche des baguettes, montrant les baguettes (*bacilli*) avec les cônes (*coni*) placés entre elles.

Fig. 4. Moitié inférieure de l'œil gauche, vue sur la coupe. (D'une femme de trente ans.)

Fig. 5. Même coupe de l'œil droit, les diamètres grossis du double.

Fig. 6. Moitié externe d'un globe oculaire coupé verticalement. (D'une femme de cinquante ans.)



Tirlo sculp^t

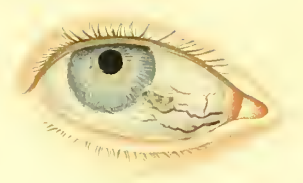
J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny Gros R. St Jacques 33

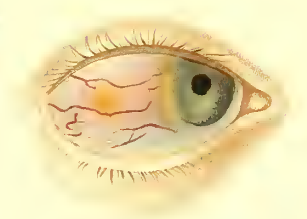
PL. V



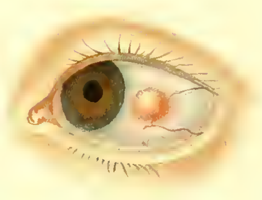
1



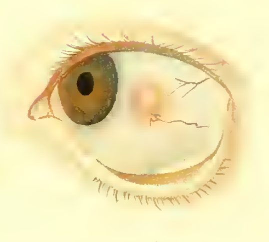
2



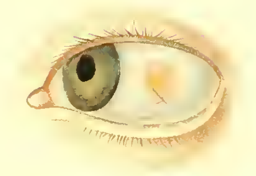
3



4



5



6

L. Beau ad nat pinx · *Visto sc.*

Baillière libraire, Paris

PLANCHE V.

CONJONCTIVITE SCROFULEUSE ET SES DIFFÉRENTES FORMES.

Fig. 1. Conjonctivite lymphatique pustulaire commençante. Injection de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival. — Obs. 17.

Fig. 2. Conjonctivite lymphatique pustulaire. — Obs. 18.

Fig. 3. Conjonctivite scrofuleuse invétérée, exaspérée par la cautérisation, chez un individu adulte et très lymphatique. Inflammation du tissu cellulaire sous-conjonctival. — Obs. 19.

Fig. 4. Conjonctivite catarrho-scrofuleuse. — Obs. 20.

Fig. 5. La même affection sur son déclin.

Fig. 6. La même affection presque guérie.

PLANCHE VI.

KÉRATITES VASCULAIRE ET NON VASCULAIRE ET LEURS DIFFÉRENTES FORMES.

Fig. 1. Kératite ponctuée à points confluents et visibles seulement à la loupe (*inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse* des auteurs). Sclérite rhumatismale. Arcades vasculaires symptomatiques d'une congestion choroïdienne. — Obs. 21.

Fig. 2. Kératite chronique. Vaisseaux engorgés se terminant dans la conjonctive cornéenne épaissie et cicatrisée, et constituant une espèce de ptérygion commençant et irrégulier. — Obs. 22.

Fig. 3. Kératite ponctuée partielle à points isolés visibles à l'œil nu (autre forme de l'*inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse* des auteurs). Irido-cristalloïdite et bandelettes pigmenteuses dans la pupille. — Dessin fait à la loupe sous un fort grossissement. — Obs. 23.

Fig. 4. Conjonctivite catarrho-scrofuleuse pustulaire. Kérato-conjonctivite. Ulcération superficielle de la cornée. — Obs. 24.

Fig. 5. Conjonctivite lymphatique et sclérite partielle, accompagnées d'un commencement d'épanchement interlamellaire de la cornée. — Obs. 25.



1



2

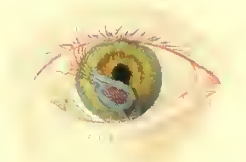


3



4

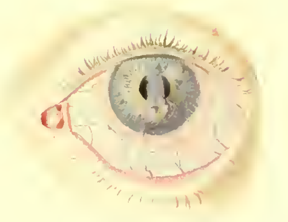




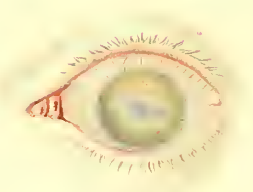
1



2



3



4



5



6

Oudet sc.

PLANCHE VII.

KÉRATITES VASCULAIRE ET SCROFULEUSE ET LEURS DIFFÉRENTES FORMES.

Fig. 1. Conjonctivo-kératite scrofuleuse partielle. Plaque opaque d'épanchement interlamellaire autour des vaisseaux cornéens. Injection vasculaire du tissu cellulaire sous-conjonctival. — Obs. 26.

Fig. 2. Conjonctivo-sclérite et kératite lymphatiques. Ulcérations de la cornée entourées d'infiltration interlamellaire. — Obs. 27.

Fig. 3. Conjonctivo-sclérite et kératite partielle lymphatiques. Pinceau vasculaire se terminant dans une ulcération et dans une opacité cornéennes. — Obs. 28.

Fig. 4 Kératite panniforme partielle et invétérée sur un individu lymphatique, causée et entretenue par des granulations palpébrales. Cicatrice superficielle de la cornée. — Obs. 29.

Fig. 5. Kératite et pannus partiel aigu sur un individu lymphatique. Sclérite. Épanchements interlamellaires et ulcération de la cornée. — Obs. 30.

Fig. 6. Ophthalmie scrofuleuse avec choroïdite. Pannus partiel aigu. Kératite ponctuée avec épanchements interlamellaires commençants. — Obs 31.

PLANCHE VIII.

OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT ET PAR BROIEMENT. EXTRACTION SCLÉROTICALE DES CATARACTES CAPSULAIRES SECONDAIRES ET TRAUMATIQUES ET DES FAUSSES MEMBRANES.

Fig. 1. Position des doigts de l'aide dans la plupart des opérations sur les yeux. Fixation du globe dans des cas exceptionnels. Abaissement (réclinaison) de la cataracte à l'aide d'une aiguille courbe et large introduite par la sclérotique (*seléronyxis*).

Premier temps. Introduction de l'aiguille par le point d'élection. (Aiguille indiquée en points.)

Second temps.

Premier mouvement. Introduction de l'aiguille dans la pupille, au-devant du cristallin et de sa capsule. (Aiguille dessinée au trait et ombrée.)

Fig. 2. Suite de la figure 1.

Second mouvement. L'aiguille portée au-devant du bord inférieur de la cataracte, pour le déchatonner et le pousser en arrière. (Aiguille ombrée.)

Troisième mouvement. Même manœuvre exercée sur le bord supérieur de la cataracte. (Aiguille ponctuée.)

Fig. 3. Suite de la figure 2.

Troisième temps. La cataracte étant abaissée en bas et en dehors, l'aiguille presse sur la partie encore visible du cristallin pour le plonger complétement au fond de l'œil.

Fig. 4. Abaissement (réclinaison) de la cataracte avec une aiguille fine et courbe introduite par la cornée (*kératonyxis central*).

Premier temps. Introduction de l'aiguille par le centre de la cornée et application de sa lance sur le bord supérieur du cristallin, le manche de l'instrument étant dirigé en bas.

Fig. 5. Suite de la figure 4.

Second temps.

Premier mouvement. Réclinaison incomplète de la cataracte par la pression qu'exerce sur son bord supérieur l'aiguille dont le manche est à demi élevé.

Fig. 6. Suite de la figure 5.

Second mouvement. Réclinaison complète de la cataracte par la pression que la lance de l'aiguille tout à fait élevée exerce sur son bord supérieur.

Fig. 7. Broiement de la cataracte avec une aiguille droite et modérément large, introduite par le bord de la cornée (*kératonyxis excentrique*).

Premier temps. L'aiguille placée à plat au-devant du cristallin et de sa capsule.

Fig. 8. Suite de la figure 7.

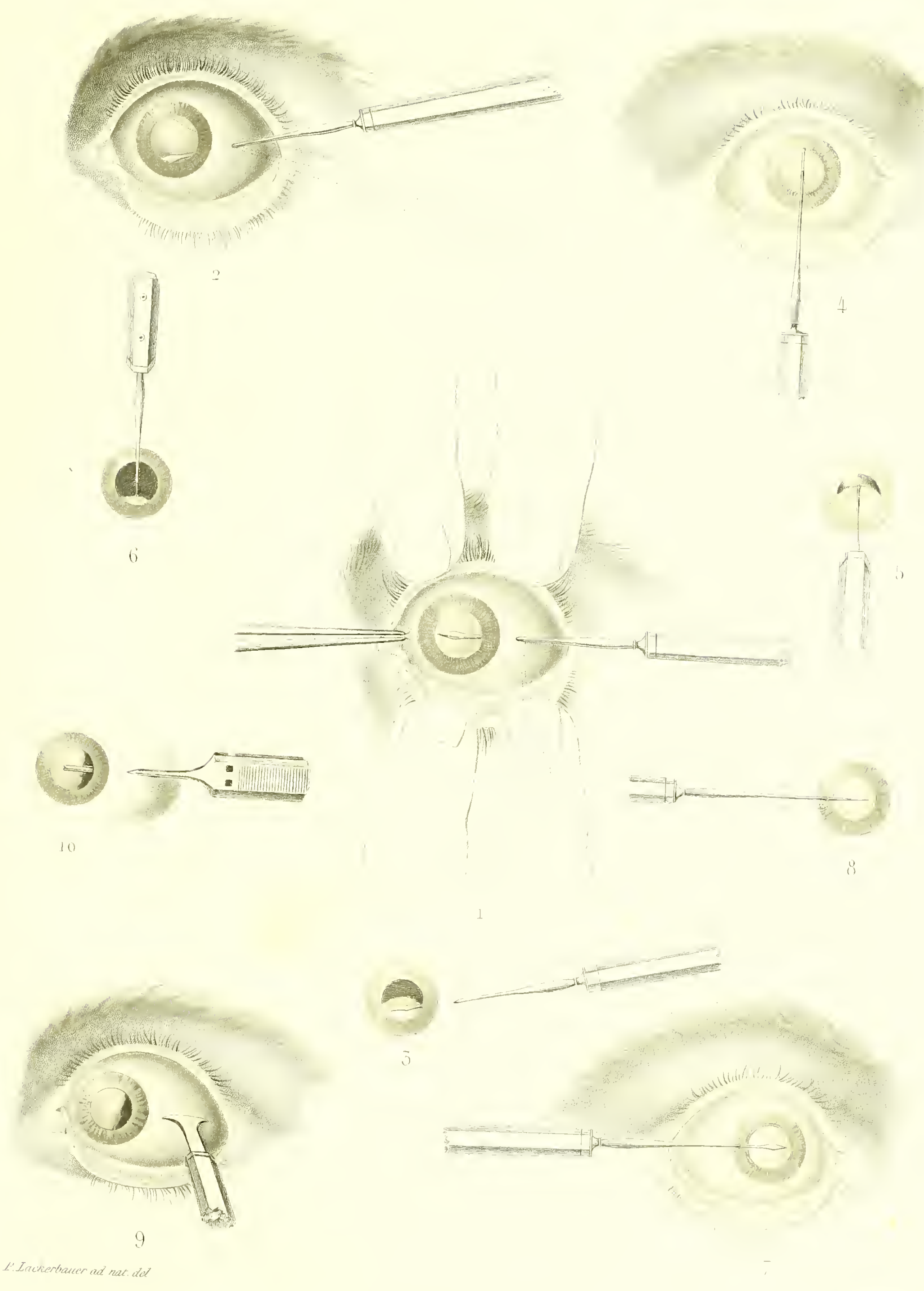
Second temps. L'aiguille tournée de champ, l'un de ses tranchants dirigés en avant, l'autre en arrière.

Fig. 9. Extraction scléroticale des cataractes capsulaires secondaires et traumatiques et des fausses membranes, opération inventée par l'auteur.

Premier temps. Ponction de la sclérotique avec le couteau lancéolaire.

Fig. 10. Suite de la figure 9.

Second et troisième temps. La cataracte capsulaire est saisie entre les branches de la pince scléroticale, introduite par la ponction de la sclérotique.



P. Lackerbauer ad nat. del

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

PL. IX.



J. B. Baillière Lithographer

PLANCHE IX.

KÉRATITES SCROFULEUSES ET ULCÉRATIONS DE LA CORNÉE.

Fig. 1. Ophthalmie rhumatismo-scrofuleuse de l'œil droit. Kératite panniforme partielle aiguë avec ulcération. Iritis et épanchement interlamellaire puriforme. — Obs. 32.

Fig. 1 *a*. L'épanchement puriforme, plus visible maintenant au milieu des vaisseaux devenus moins nombreux et plus minces.

Fig. 2. L'œil gauche, sain, du même individu, pour servir à la comparaison de la couleur normale de l'iris avec celle de l'iris enflammé.

Fig. 3. Conjonctivo-kératite. Ulcération profonde de la cornée droite, avec épanchement interlamellaire, sur un individu lymphatique. — Obs. 33.

Fig. 4. Conjonctivo-kératite scrofuleuse invétérée. Pannus commençant. Epanchements interlamellaires de la cornée. Staphylôme antérieur de la choroïde recouvert par la conjonctive épaissie. — Obs. 34.

Fig. 5. Conjonctivo-kératite et sclérite sur un individu cachectique. Ulcération et fistule de la cornée. Hypopyon commençant. — Obs. 35.

Fig. 6. Le même œil, à une période plus avancée de la maladie, l'hypopyon ayant augmenté et les vaisseaux sanguins de la cornée étant plus engorgés.

Fig. 6 *a*. L'hypopyon, à la même époque, vu après le décubitus du malade sur le côté gauche.

PLANCHE X.

OPHTHALMIE VEINEUSE, IRITIS, CRISTALLOÏDITE ANTÉRIEURE. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA VASCULARISATION DE LA CRISTALLOÏDE ET DE LA CATARACTE PIGMENTEUSE.

Fig. 1. Ophthalmie veineuse de l'œil gauche avec iritis et cristalloïdite antérieure, ayant déjà amené l'opacité d'une portion notable du feuillet antérieur de la capsule cristallinienne, mais sans vascularisation de cette membrane, malgré la vascularisation de l'iris visible à l'œil nu. — Obs. 36.

Fig. 2. L'iris et la pupille du même œil, vus à la loupe.

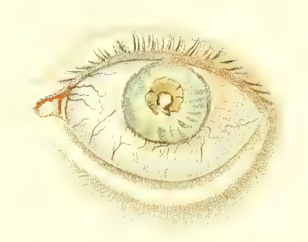
Fig. 3. La pupille, le petit cercle de l'iris et une partie du grand cercle iridien du même œil, vus à une époque plus avancée de la maladie, où un réseau vasculaire dense s'est développé sur une partie de la circonférence de la cristalloïde antérieure.

Fig. 4. La pupille et l'iris de l'œil droit sain, notablement grossis, pour servir à la comparaison de la structure et de la couleur de cette membrane à l'état normal et pendant son inflammation.

Fig. 5. Cataracte pigmenteuse partielle de l'œil gauche, consécutive à une cristalloïdite antérieure. Leucôma (cicatrice élevée de la cornée, albugo) avec petite tache roussâtre et vascularisation non visible à l'œil nu. — Obs. 37.

Fig. 6. Pupille, iris et cornée du même œil, vus sous la loupe.

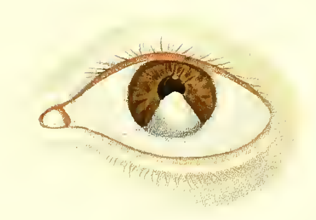




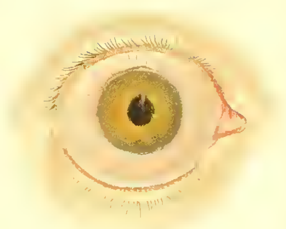


4

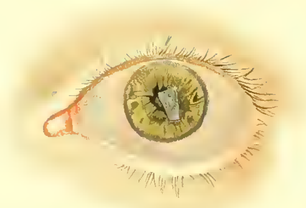








1



2

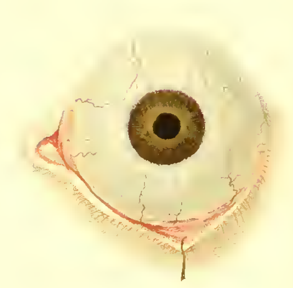


3



4

6 b



5



6

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

PLANCHE XI.

OPHTHALMIE ET INJECTION VEINEUSES AVEC LEURS VARIÉTÉS (OPHTHALMIE VEINEUSE PROPREMENT DITE ET OPHTHALMIE ARTHRITIQUE).

Fig. 1. Kératite ponctuée à points confluents et iritis de l'œil droit. Choroïdite avec sclérite (*Ophthalmie arthritique*). — Obs. 38.

Fig. 2. Ulcération centrale de la cornée gauche. Iritis et cristalloïdite. Choroïdite et sclérite (*Ophthalmie arthritique*). — Obs. 39.

Fig. 3. Cicatrice ulcérée de la cornée gauche. Inflammation chronique et désorganisation partielle de l'iris. Choroïdite par suite d'hémorrhoïdes supprimées (*Ophthalmie veineuse*). — Obs. 40.

Fig. 4. Injection veineuse sur un œil extrait de son orbite et dépouillé des paupières, des muscles et du tissu cellulo-graisseux orbitaire. — Obs. 41.

Fig. 5. Injection veineuse sur un œil également isolé, mais encore muni de sa paupière inférieure, qui est abaissée à l'aide d'une érigne. — Obs. 42.

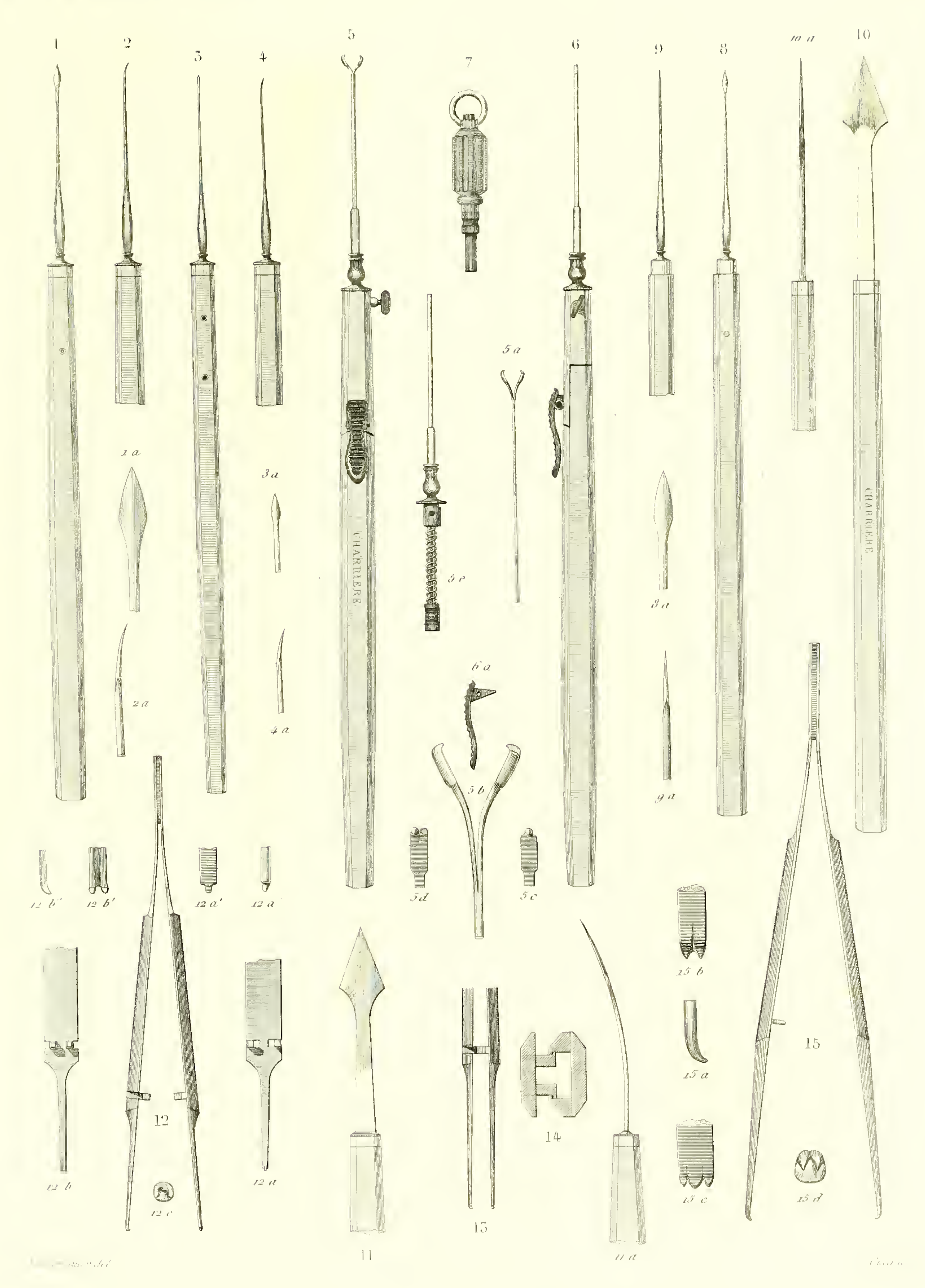
Fig. 6. Iritis syphilitique, déjà modifié par un traitement spécial, et choroïdite de l'œil droit (*Ophthalmie syphilitico-veineuse*). — Obs. 43.

Fig. 6 *b*. Portion de l'iris et de la pupille de l'œil sain, pour servir de comparaison.

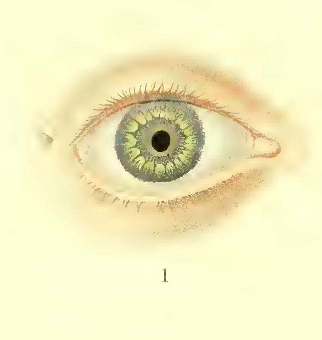
PLANCHE XII.

INSTRUMENTS POUR L'ABAISSEMENT ET LE BROIEMENT DE LA CATARACTE ET POUR L'EXTRACTION SCLÉROTICALE DES CATARACTES CAPSULAIRES SECONDAIRES ET DES FAUSSES MEMBRANES.

Fig. 1. Aiguille large et courbe pour l'abaissement des cataractes par la sclérotique (*scléronyxis*), vue du côté convexe.
Fig. 1 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 2. La même aiguille vue de profil.
Fig. 2 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 3. Aiguille fine et courbe pour l'abaissement et le broiement des cataractes par le centre de la cornée (*kératonyxis central*), vue du côté convexe.
Fig. 3 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 4. La même aiguille, vue de profil.
Fig. 4 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 5. *Pince-tube* ou *pince à cylindre*, confectionnée, dès 1842 ou antérieurement, par M. Charrière pour l'auteur, et devant servir, dans des cas exceptionnels, à l'extraction scléroticale des cataractes capsulaires secondaires et des fausses membranes. Les branches sont écartées. C'est l'instrument repris, sous le nom de *serretèle*, par un des élèves de l'auteur.
Fig. 5 *a*. Sa tige avec les branches écartées.
Fig. 5 *b*. Les branches écartées, grossies.
Fig. 5 *c*. L'extrémité unidentée de l'une des branches, vue par sa face interne et grossie.
Fig. 5 *d*. L'extrémité bidentée de l'autre branche, vue par sa face interne et grossie.
Fig. 5 *e*. Le tube cylindrique et le ressort.
Fig. 6. La pince-tube ayant ses branches fermées.
Fig. 6 *a*. La plaque ou bascule du ressort, démontée et vue de profil.
Fig. 7. La clef pour démonter l'instrument.
Fig. 8. Aiguille droite pour le broiement des cataractes par la partie latérale de la cornée (*kératonyxis excentrique*), vue de face.
Fig. 8 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 9. La même aiguille, vue de profil.
Fig. 9 *a*. Sa lance grossie.
Fig. 10. Couteau lancéolaire droit du professeur F. Jaeger, pour la pupille artificielle, appliqué, en outre, par l'auteur à l'extraction scléroticale. L'instrument est vu sur le plat.
Fig. 10 *a*. Le même instrument, vu de profil.
Fig. 11. Le même couteau, courbe, pour les cas exceptionnels. L'instrument est vu sur le plat.
Fig. 11 *a*. Le même, vu de profil.
Fig. 12. Pince de l'auteur pour l'extraction par la sclérotique des cataractes capsulaires secondaires et des fausses membranes (*pince scléroticale*), ouverte et vue de profil.
Fig. 12 *a*. Sa branche unidentée, vue par la face interne.
Fig. 12 *a'*. Extrémité de cette branche, grossie et vue dans la même position.
Fig. 12 *a''*. La même, vue de profil.
Fig. 12 *b*. Sa branche bidentée, vue par la face interne.
Fig. 12 *b'*. Extrémité de cette branche, grossie et vue dans la même position.
Fig. 12 *b''*. La même, vue de profil.
Fig. 12 *c*. L'extrémité des deux branches fermées, vue par sa face antérieure et grossie.
Fig. 13. La même pince, modifiée pour limiter son écartement, ouverte et vue de profil.
Fig. 14. Le mécanisme destiné à limiter l'écartement de la pince, grossi et vu par sa face antérieure.
Fig. 15. Pince à dents de souris, pour la fixation du globe oculaire, quand elle est nécessaire, pendant les opérations. Elle est ouverte et vue de profil.
Fig. 15 *a*. L'extrémité antérieure bidentée de l'une des branches, vue de profil et grossie.
Fig. 15 *b*. La même, vue par sa face interne et grossie.
Fig. 15 *c*. L'extrémité antérieure tridentée de l'autre branche, vue par sa face interne et grossie.
Fig. 15 *d*. L'extrémité des deux branches fermées, vue par sa face antérieure et grossie.

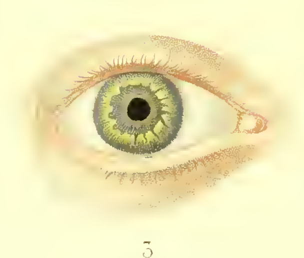


J. B. Baillière, Libraire, à Paris

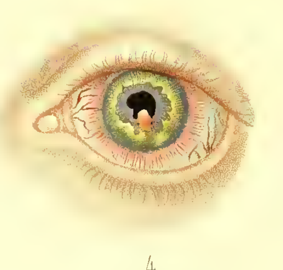

1

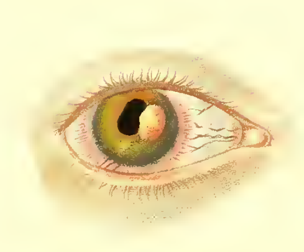

2 a


2

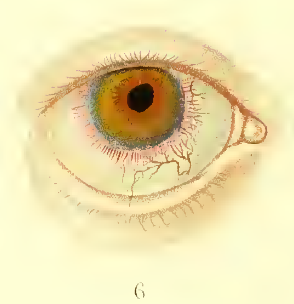

3


3 a


4


5


6 a


6

Martin sculp.

B. Baillière, Libraire, à Paris.

PLANCHE XIII.

IRITIS SYPHILITIQUE, SES DIFFÉRENTES FORMES ET SES COMPLICATIONS.

Fig. 1. L'œil droit, sain, du malade de l'observation 44.

Fig. 2. Iritis syphilitique et sclérite (*Ophthalmie rhumatismo-syphilitique*) de l'œil gauche. Intumescence et vascularisation du petit cercle iridien. Cristalloïdite et languettes fibro-albumineuses adhérentes, occupant la circonférence supérieure interne de la pupille (synéchies postérieures). — Obs. 44.

Fig. 2 *a*. Iris et pupille du même œil, après la guérison de l'inflammation.

Fig. 3. L'œil droit, sain, du malade de l'observation 45.

Fig. 4. Iritis syphilitique et sclérite de l'œil gauche. Teinte violacée, un peu cuivrée du petit cercle iridien, et petite végétation vasculaire de forme irrégulière. — Obs. 45.

Fig. 5. Iritis syphilitique et sclérite de l'œil droit. Teinte cuivrée du petit cercle et large végétation vasculaire de forme ovalaire. — Obs. 46.

Fig. 5 *a*. La pupille et une partie de l'iris de l'œil sain du même malade.

Fig. 6. Iritis syphilitique et congestion choroïdienne dysménorrhoïque (*Ophthalmie syphilitico-veineuse*). Coloration cuivrée très prononcée du petit cercle iridien. — Obs. 47.

Fig. 6 *a*. La pupille et un fragment de l'iris de l'œil sain de la même malade.

PLANCHE XIV.

CATARACTES LENTICULAIRES DE DIFFÉRENTE CONSISTANCE.

Fig. 1. Cataracte lenticulaire dure, opérable, verte, de l'œil droit. — Obs. 48.

Fig. 2. Cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil droit, dessinée sur le vivant. Adhérences partielles formées par trois filaments fibro-albumineux, recouverts par du pigmemt brun de l'uvée. Couleur et structure particulières du petit cercle iridien. — Obs. 49.

Fig. 3. Le même œil, extrait de l'orbite et disséqué. L'iris est enlevé, par le décollement, de sa jonction avec le ligament ciliaire. La face antérieure de la cataracte présente des stries irrégulières et, dans quelques parties, un léger reflet rose.

Fig. 4. Cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil gauche; commencement de déhiscence superficielle. — Obs. 50.

Fig. 5. Cataracte lenticulaire demi-dure, ou presque dure, de l'œil gauche, formée par un noyau aplati et dur, entouré d'une couche mince de substance corticale molle. — Obs. 51.

Fig. 6. Cataracte demi-dure de l'œil gauche, à noyau jaune et dur, dénudé par la déhiscence rayonnante de la substance corticale molle et blanche. La pupille est dilatée par la belladone. — Obs. 52.



1



2



3



4



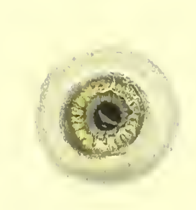
5

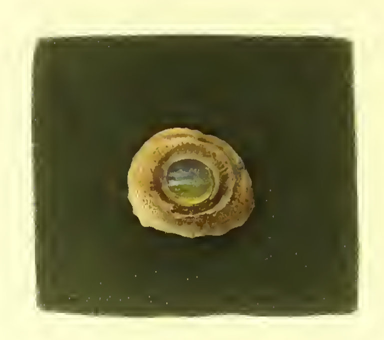


6

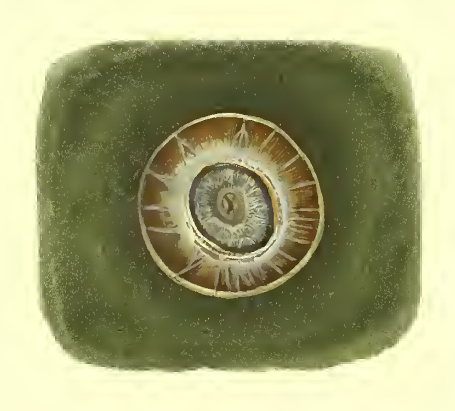
Emile Beau pinx.t *sc.*

J. B. Baillière, Libraire, à Paris





2



3



4



5



6

Emile Beau ad nat pinx.

Lisle

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE XV.

CATARACTES LENTICULAIRES CORTICALES ET DÉHISCENTES.

Fig. 1. Cataracte lenticulaire corticale antérieure partielle, dessinée sur un œil extrait de son orbite, dépouillé des muscles et du tissu cellulo-graisseux orbitaire, et présentant un commencement de dessèchement de la sclérotique par son exposition à l'air. Cette figure, qui n'est pas dessinée par M. Beau, laisse à désirer sous plusieurs rapports. — Obs. 53.

Fig. 2. Cataracte lenticulaire demi-dure, avec deux stries de substance corticale opaque ayant la forme de triangles étroits, convergeant vers le centre. On voit, à travers l'iris, les contours du cristallin. L'œil, extrait de son orbite, est disséqué. Le cristallin ne repose plus que sur le corps vitré; à l'exception de l'iris et de la partie antérieure de la choroïde, toutes les autres parties du globe oculaire sont enlevées. — Obs. 54.

Fig. 3. Cataracte artificielle lenticulaire, molle, déhiscente. La déhiscence a la forme d'une croix de Saint-André, de couleur gris noirâtre, placée verticalement dans la pupille. Pièce anatomique, dans laquelle la cornée et la partie antérieure de la sclérotique ont été enlevées. — Obs. 55.

Fig. 4. La même pièce dont l'iris et la choroïde ont été enlevées. On voit dans toute leur étendue les stries rayonnant vers le centre, en partie d'un gris foncé, en partie d'un gris plus clair, qui indiquent la déhiscence de la substance corticale cristallinienne. L'espace correspondant à la marge pupillaire est occupé par une cataracte pigmenteuse artificielle, circulaire et presque linéaire, formée de pigmentum uvéen collé contre la cristalloïde antérieure par de l'albumine, qui s'est coagulée dans l'alcool affaibli dans lequel la pièce a été conservée.

Fig. 5. Cataracte lenticulaire demi-molle, à déhiscence multiple très régulière. Œil gauche dessiné sur le vivant. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 56.

Fig. 6. Cataracte lenticulaire demi-molle, dont la substance corticale molle et blanche, déjà déhiscente dans l'œil, l'est devenue davantage après l'extraction et le séjour dans l'eau. Le noyau, jaunâtre et assez dur, est dénudé au centre dans une grande étendue. — Obs. 57.

PLANCHE XVI.

OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION ET DU STAPHYLÔME DE LA CORNÉE.

Fig. 1. Ponction et contre-ponction de la cornée, pratiquées ici, et dans la figure 2, aussi loin de la circonférence cornéenne, qu'on peut le faire sans que la section devienne notablement trop petite. Commencement de la formation d'un lambeau supérieur. L'extrémité antérieure du kératome a été exprès dirigée un peu trop en haut, pour indiquer qu'en l'élevant davantage, la forme du lambeau serait devenue vicieuse.

Fig. 2. Section supérieure de la cornée presque terminée.

Fig. 3. Lambeau supérieur complétement terminé, dans ses dimensions normales, d'après la méthode du professeur F. Jaeger, et introduction du kystitome.

Fig. 4. Lambeau supérieur complétement terminé, dans ses dimensions normales, et introduction de la curette, pour enlever des débris d'une cataracte placés dans la partie supérieure de la pupille.

Fig. 5. Indication théorique des incisions cruciales multiples de la cristalloïde antérieure.

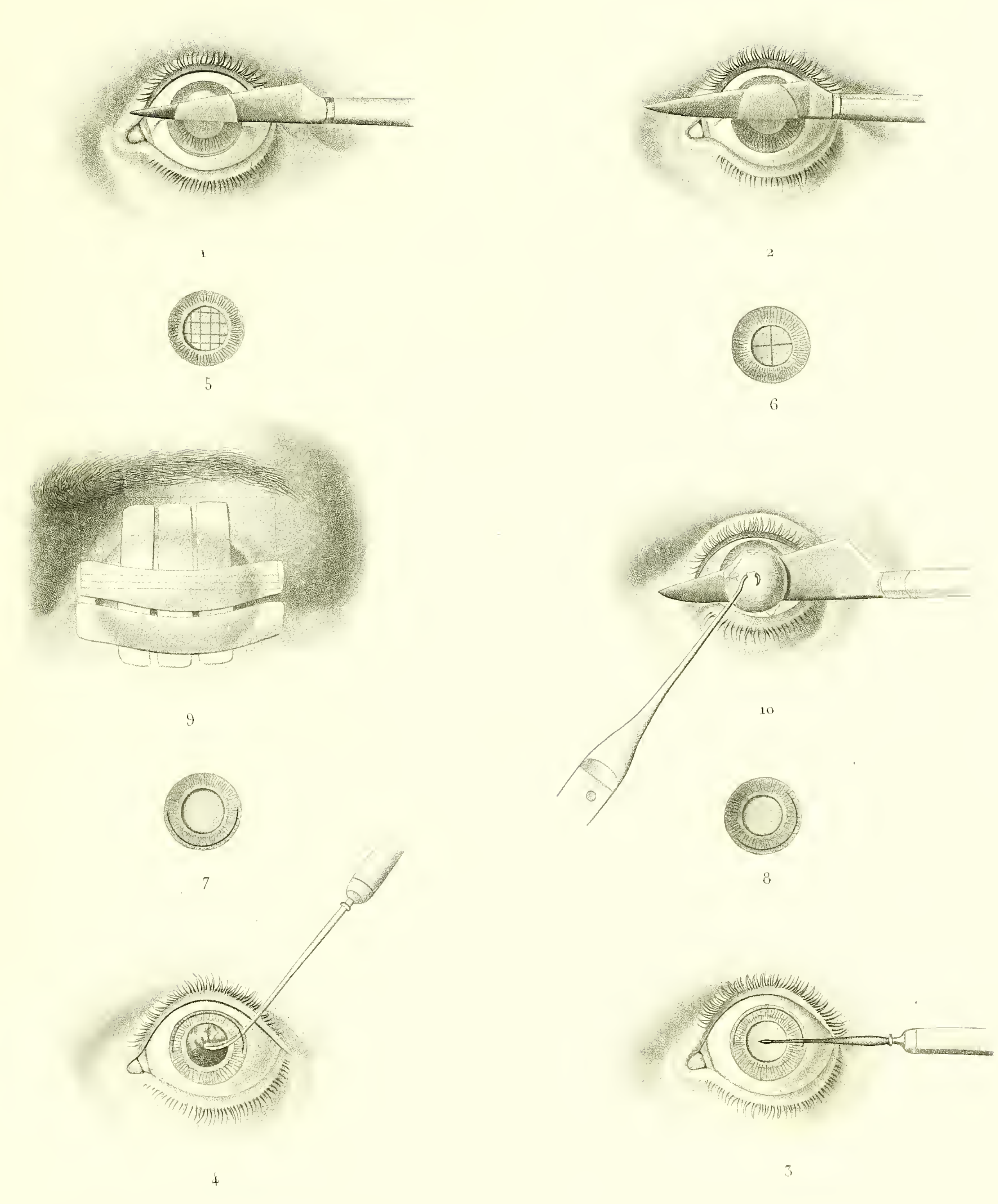
Fig. 6. Indication théorique d'une incision cruciale simple de la cristalloïde antérieure.

Fig. 7. Section inférieure de la cornée, pratiquée selon la méthode de Beer; dimensions normales du lambeau.

Fig. 8. Section inférieure externe oblique, d'après la méthode de Wenzel. Dimension normale du lambeau.

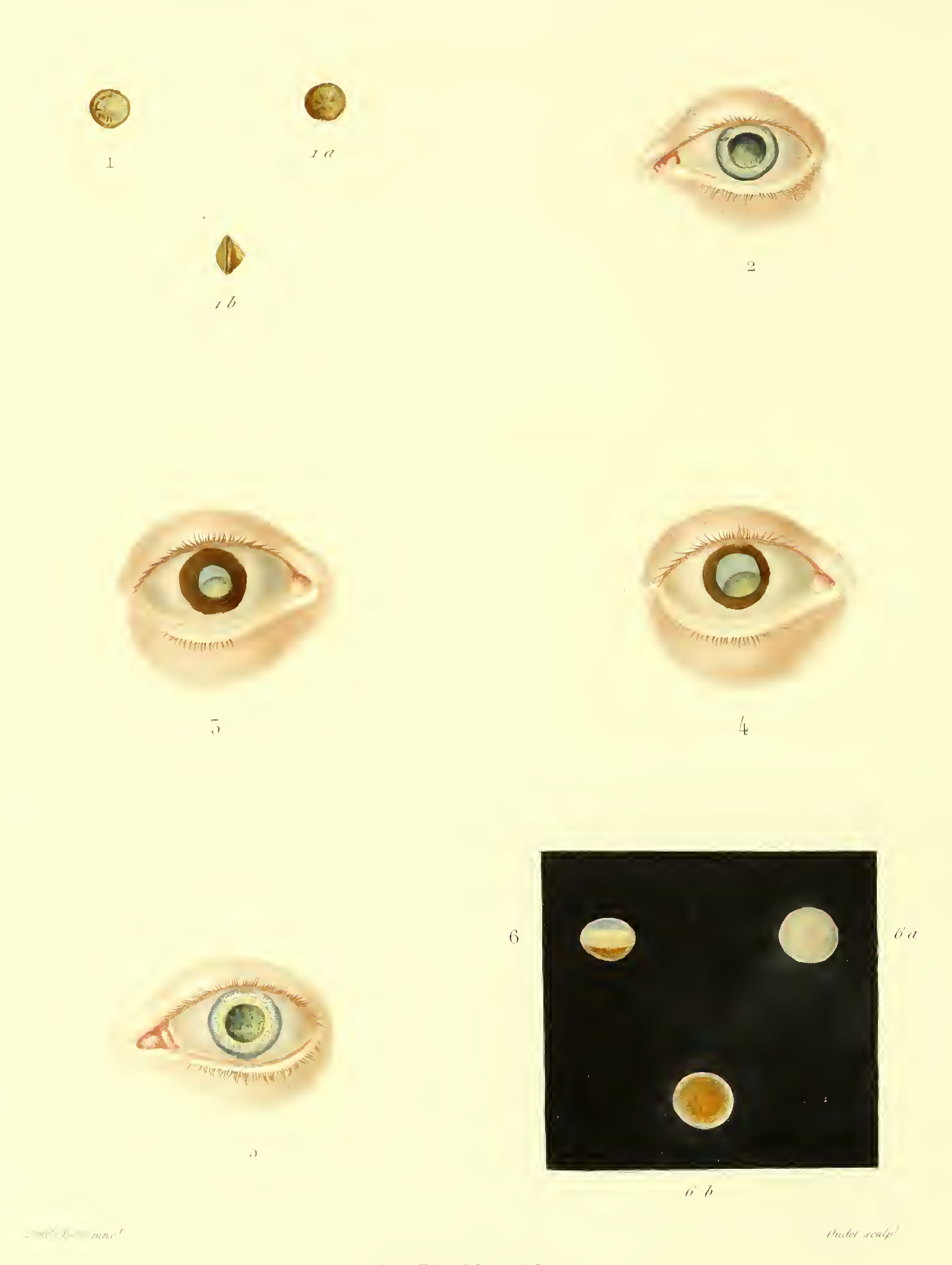
Fig. 9. Pansement après l'extraction par la section supérieure. Des compresses longuettes graduées, appliquées par-dessus les bandelettes de taffetas agglutinatif, et devant servir à la compression méthodique du lambeau à l'aide d'une bande, sont indiquées en lignes fines.

Fig. 10. Ablation du staphylôme cornéen par la section supérieure. Le centre du staphylôme est fixé à l'aide de l'érigne de Richter. Ponction et contre-ponction de la cornée, et commencement de la formation d'un lambeau, beaucoup plus grand que dans l'opération de la cataracte.



Emile Beau ad nat. del.
Clerge sculp.

J.B. Baillière Libraire à Paris
Imp. Geny Gros, r. s. Jacques 33



Oudet sculp.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE XVII.

CATARACTES NOIRE, CORTICALES POSTÉRIEURES ET MORGAGNIENNES.

Fig. 1, 1 *a*, 1 *b*. Cataracte généralement désignée sous le nom de *cataracte noire*, et qui est en réalité la cataracte lenticulaire la plus dure, d'une teinte brun d'acajou. Pièce anatomique. Le noyau cristallinien dépouillé de la substance corticale est seul représenté. — Obs. 58.

Fig. 1. Cette cataracte vue par sa face antérieure.

Fig. 1, *a*. La même vue par sa face postérieure.

Fig. 1, *b*. La même vue de profil, placée sur son bord, sa face postérieure étant tournée à droite.

Fig. 2. Cataracte lenticulaire corticale postérieure de l'œil gauche, c'est-à-dire, opacité de la substance corticale postérieure du cristallin, constituant le commencement d'une cataracte lenticulaire demi-molle ou molle. La pupille est dilatée par la belladone. Les stries concaves et profondes sont déjà confluentes. — Obs. 59.

Fig. 3. Cataracte morgagnienne ou interstitielle de l'œil droit, à noyau dur et assez volumineux, vue au moment où l'œil et la tête sont restés en repos depuis quelque temps. La pupille est dans un état moyen de dilatation dû au demi-jour. — Obs. 61.

Fig 4. La même, après la dilatation de la pupille par la belladone.

Fig. 5. Cataracte lenticulaire corticale postérieure de l'œil gauche. La pupille est dilatée par la belladone. Les stries opaques et profondes, sans être encore tout à fait confluentes, ne sont plus discrètes; elles commencent à se joindre et à s'entrecroiser, et donnent au fond de l'œil un aspect marbré. — Obs. 60.

Fig. 6, 6 *a*, 6 *b*. Cataracte morgagnienne ou interstitielle, extraite avec sa capsule. Pièce anatomique, dessinée au milieu de l'eau, dans laquelle elle est plongée. — Obs. 62.

Fig. 6. La cataracte avec sa capsule, tournée sur sa face postérieure devenue l'inférieure, vue de profil et montrant ses trois couches de densité différente superposées et nettement séparées.

Fig. 6 *a*. La même vue en dessus.

Fig. 6 *b*. La même vue en dessous.

PLANCHE XVIII.

CATARACTES CONGÉNIALES, CORTICALE ANTÉRIEURE ET CAPSULAIRE ANTÉRIEURE CENTRALE VÉGÉTANTE.

Fig. 1. Cataracte congéniale, lenticulaire molle, centrale, de l'œil droit, à rayons divergents qui, en quelques endroits, s'étendent dans le limbe transparent formé par la substance corticale non encore cataractée. Pupille modérément dilatée par le demi-jour. — Obs. 63.

Fig. 2. Cataracte congéniale, lenticulaire molle, centrale, de l'œil gauche, présentant au milieu un disque complétement opaque et d'un blanc laiteux formé par le centre du noyau, entouré d'une bande annulaire semi-transparente de la substance nucléolaire périphérique, bande qui, elle-même, est ceinte d'un large limbe noir de substance corticale parfaitement transparente. La pupille est largement dilatée par la belladone. — Obs. 64.

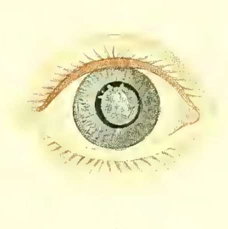
Fig. 3. Profil de l'œil qu'on voit de face figure 7.

Fig. 4. Cataracte congéniale lenticulaire, à noyau presque déhiscent, composé de rayons convergents blanchâtres et gris-bleuâtres et entouré d'un limbe annulaire de substance corticale jaunâtre. Pièce anatomique. — Obs. 65.

Fig. 5. Cataracte lenticulaire corticale antérieure de l'œil gauche, avec végétation centrale de la capsule antérieure du cristallin. Tumeur lacrymale réductible causée par une inflammation chronique de la membrane muqueuse du sac lacrymal (dacryocystite muqueuse) et un rétrécissement (sténochorie) du conduit nasal. — Obs. 66.

Fig. 6. Cataracte congéniale, lenticulaire demi-molle, de l'œil droit, bordée dans sa moitié inférieure par une bandelette légèrement élevée d'opacité capsulaire. Mydriasis congénial complet, c'est-à-dire, rétraction complète et congéniale de l'iris vers le ligament ciliaire, décrite par les auteurs sous le nom d'absence ou de manque complet de l'iris (*iridérémie*, *anirie*). — Obs. 67.

Fig. 7. Cataracte congéniale, lenticulaire demi-molle, de l'œil gauche du même sujet, avec une bandelette capsulaire opaque à peine visible sur le milieu de son bord externe. Mydriasis congénial complet. — Même obs.



1



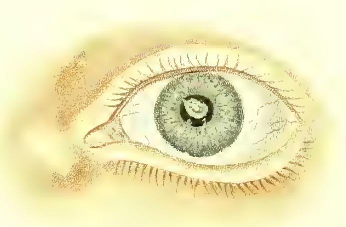
2



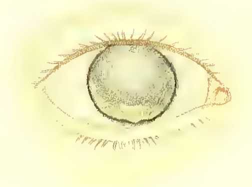
3



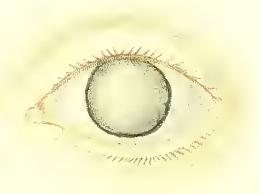
4



5



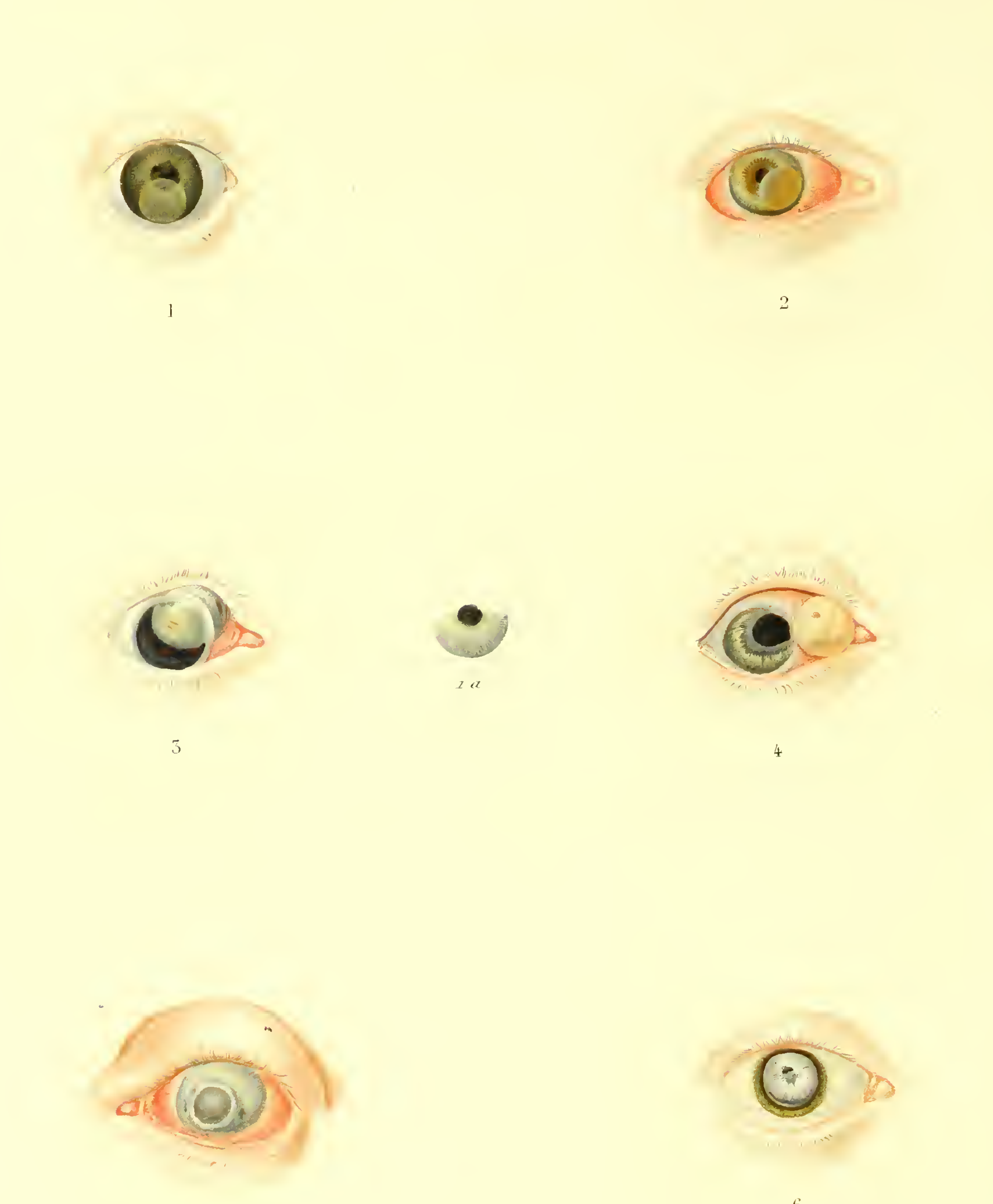
6



7

Emile Beau pinx.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris



E. Beau ad nat pinx.

Oudet sc.

J.B. Baillière, Libraire à Paris.

Imp. Lemercier, R. S. Jacques 33.

PLANCHE XIX.

CATARACTES LUXÉES, TRAUMATIQUES, MOLLE AVEC COMMENCEMENT DE DÉHISCENCE.

Fig. 1. Cristallin transparent de l'œil droit, luxé dans la chambre antérieure. Iritis. Opacité incomplète et réticulée de la cristalloïde antérieure. — Obs. 68.

Fig. 1 *a*. Fragment de l'iris de l'œil gauche, sain, de l'individu faisant le sujet de l'observation 68.

Fig. 2. Noyau cristallinien opaque, volumineux et dur, d'une couleur jaune d'ambre, remonté et passé dans la chambre antérieure de l'œil droit, trois mois et demi après l'abaissement d'une cataracte demi-dure. — Obs. 69.

Fig. 3. Cristallin de l'œil droit, à demi luxé sous la conjonctive, à travers une rupture de la partie supérieure interne de la jonction cornéo-sclérienne. Ce cristallin est devenu opaque depuis sa luxation. Arrachement complet de l'iris. Bandelettes fibro-albumineuses et sanguinolentes dans la pupille. — Obs. 70.

Fig. 4. Cristallin de l'œil droit, complétement luxé sous la conjonctive, à travers une rupture du bord supérieur interne de la sclérotique. Cette rupture, actuellement cicatrisée, est encore visible dans la plus grande partie de son étendue sous forme d'un staphylôme commençant du corps ciliaire. — Obs. 71.

Fig. 5. Cristallin de l'œil gauche, mis à nu et opacifié à la suite d'ulcération traumatique de presque la moitié de la cornée. — Obs. 72.

Fig. 6. Cataracte lenticulaire molle de l'œil droit avec commencement de déhiscence centrale. Pupille dilatée par la belladone. — Obs 73.

PLANCHE XX.

INSTRUMENTS POUR L'EXTRACTION DE LA CATARACTE ET POUR L'OPÉRATION DES STAPHYLÔMES CORNÉENS ET IRIDIENS.

I. *Instruments pour l'extraction de la cataracte.*

Fig. 1. Kératome de Beer, adopté par l'auteur

Fig. 15. Kératome du professeur F. Jaeger, de Vienne.

Fig. 6. Kystitome de l'auteur, vu sur le plat et portant à l'autre extrémité du manche la curette de Daviel vue de profil.

Fig. 7. L'extrémité de cette curette vue sur sa face concave.

Fig. 18. Pince fine et courbe, sans dents, pour l'extraction de la capsule cristallinienne opaque, vue ouverte.

Fig. 20. Fragment de sa branche qui porte la goupille, vue sur sa face interne.

Fig. 19. Pince fine et droite, sans dents, destinée au même usage que la précédente, vue ouverte.

Fig. 17. Fragment de sa branche qui porte la goupille, vue sur sa face interne.

II. *Instruments pour l'opération des staphylômes de la cornée et de l'iris.*

Fig. 8. Couteau pour l'opération du staphylôme.

Fig. 9. Érigne de Richter, pour fixer la cornée staphylomateuse. L'autre extrémité du manche porte la pique de Pamard pour la fixation du globe oculaire pendant l'extraction de la cataracte, instrument dont l'auteur ne se sert point.

Fig. 2. Ciseaux oculaires droits fermés, vus sur le plat. Articulation excentrique libre, de M. Charrière, permettant de séparer les deux branches à volonté, par la substitution, à la vis ordinaire, d'un tenon rivé à demeure.

Fig. 3. L'extrémité antérieure de ces ciseaux, vue de champ.

Fig. 4. Leur branche, perforée par la mortaise, vue sur la face externe.

Fig. 10. L'autre branche, portant le tenon, vue sur sa face interne.

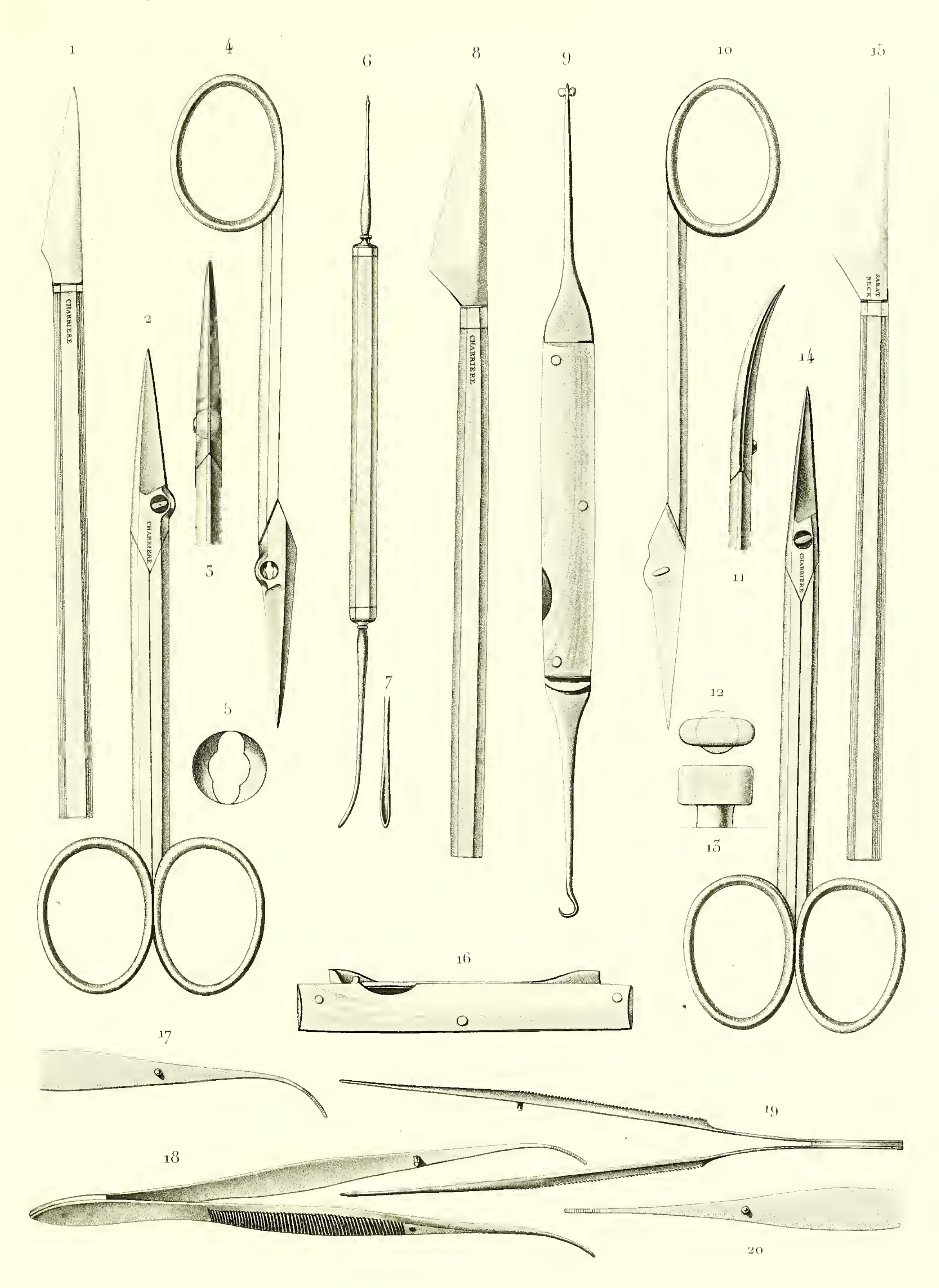
Fig. 5. La mortaise, grossie.

Fig. 12. Le tenon, grossi, vu en plan.

Fig. 13. Le même, vu de face.

Fig. 14. Ciseaux oculaires courbes fermés, à articulation libre, vus sur la face concave.

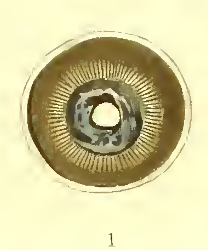
Fig. 11. Leur extrémité antérieure, vue de champ.



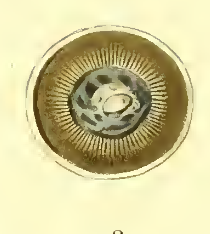
P. Lackerbauer delt
Martin sc

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

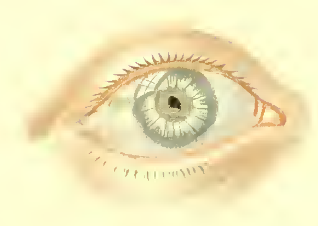
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33

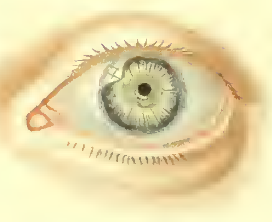


1



2

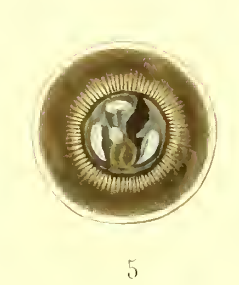






3

4



5



6

E. Beau pinx^t

Oudet sc

J. B. Baillière, Libraire à Paris.

Imp. Geny-Gros r. S. Jacques 33 Paris

PLANCHE XXI.

ALTÉRATIONS ORGANIQUES DANS L'APPAREIL VISUEL APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT.

Fig. 1 et 2. Hémisphères antérieurs des deux yeux disséqués d'un septuagénaire opéré de cataracte lenticulaire double, et mort accidentellement deux mois après l'opération par suite de ramollissement cérébral. Les pièces sont vues par leur face postérieure, après que le noyau cristallinien et le corps vitré ont été enlevés. — Obs. 74.

Fig. 1. OEil droit (Cataracte lenticulaire dure, abaissée par scléronyxis, avec rétablissement immédiat et définitif de la vision) : Très large lacune centrale des cristalloïdes postérieure et antérieure, parfaitement libre de tout débris de substance cristallinienne. Opacité blanchâtre, réticulée, siégeant en apparence dans la capsule cristallinienne, mais appartenant en réalité, pour la plus grande partie, à des parcelles opacifiées de corps vitré, appliquées à la surface postérieure de la cristalloïde et, pour une très petite partie, à quelques restes de substance corticale cristallinienne opaque, demeurés à l'intérieur de la cavité capsulaire.

Fig. 2. OEil gauche (Cataracte lenticulaire demi-molle, broyée et abaissée par scléronyxis sans succès immédiat, des débris cristalliniens étant venus se placer dans la pupille) : La cristalloïde postérieure, largement déchirée dans sa partie centrale, est réticulée par de nombreuses opacités superficielles, blanchâtres, étroites et presque linéaires, dues à une légère exsudation de matière fibro-albumineuse. La lacune dans la cristalloïde antérieure est obstruée par une couche de débris de substance cristallinienne opaque.

Fig. 3, 4, 5, 6. Yeux d'un homme âgé de quatre-vingt-trois ans, opéré par kératonyxis de deux cataractes lenticulaires, treize ans avant sa mort. — Obs. 75.

Fig. 3 et 4. Chaque œil vu dans son ensemble sur le vivant, quelques mois avant la mort. Le reflet de la croisée est figuré sur les cornées. Près du bord inférieur des pupilles, non dilatées, il existe une bandelette capsulaire opaque étroite qui, dans l'œil gauche (fig. 4), est plus étroite verticalement, mais plus large transversalement.

Fig. 5 et 6. Hémisphères antérieurs des mêmes yeux disséqués, vus par leur face postérieure, après que le corps vitré a été enlevé.

Fig. 5. OEil droit : Le champ pupillaire apparaît derrière la cristalloïde, transparente partout et largement déchirée dans le sens vertical. Dans l'intérieur de la cavité capsulaire, on voit, parallèlement à son pourtour et placés circulairement, trois fragments allongés provenant de la circonférence de la substance corticale du cristallin, et en bas le noyau cristallinien lui-même, dont une moitié émerge dans le champ de la lacune formée par la déchirure de la cristalloïde.

Fig. 6. OEil gauche : La cristalloïde présente également une large déchirure irrégulière, dans laquelle le champ pupillaire apparaît découvert et tout à fait libre. Ici le noyau cristallinien, sorti de la cavité capsulaire, se trouve entre le feuillet postérieur de la cristalloïde, les procès ciliaires et le corps vitré. La cristalloïde est transparente dans sa plus grande moitié, surtout à gauche du spectateur ; elle est épaissie, d'un blanc lactescent tirant quelquefois sur le blanc crétacé, dans le reste de son étendue. Au-dessous de la marge pupillaire inférieure, dans la lacune noire de la capsule cristallinienne, on voit une exsudation fibro-albumineuse, espèce de fausse membranule jaunâtre, s'amincissant sur son bord supérieur, de manière à laisser reconnaître, à travers sa substance, la couleur foncée de l'uvée.

PLANCHE XXII.

CATARACTES TRAUMATIQUES, CAPSULAIRES, DÉHISCENTES. ALTÉRATIONS ORGANIQUES CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Fig. 1. Cataracte traumatique de l'œil droit. Fragment métallique d'amorce fulminante fiché dans la cristalloïde antérieure, déchirée et opacifiée, et dans le cristallin cataracté, en partie résorbé. Cicatrice linéaire verticale de la cornée. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 76.

Fig. 2. Cataracte lenticulaire demi-dure de l'œil gauche, avec déhiscence irrégulière de la substance corticale. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 77.

Fig. 3 et 5. Altérations organiques du globe oculaire consécutives à l'opération de la cataracte pratiquée à l'aiguille.

Fig. 3. Pièce anatomique : Globe oculaire gauche, extrait de l'orbite, isolé et vu par devant. Le cristallin abaissé par scléronyxis n'est pas visible. La cornée a été enlevée et l'iris complétement détaché de la choroïde. La capsule cristallinienne, opaque dans toute sa circonférence, est détruite au centre, de manière à former une large lacune ovalaire et un peu pointue vers la droite du spectateur. Sur le pourtour de cette lacune, ainsi que dans son champ, parallèlement à la circonférence, on voit des bandelettes pseudo-membraneuses un peu élevées, plus opaques et plus blanches que le reste de la capsule, figurant deux ellipsoïdes irréguliers, dont l'un est inscrit dans l'autre. En bas et en dehors, la capsule est déchatonnée dans une petite étendue longitudinale. — Obs. 78.

Fig. 4. Cataracte capsulaire adhérente de l'œil gauche, vue sur le vivant. La cristalloïde opaque et le petit cercle iridien, notablement grossis, sont seuls représentés. — Obs. 79.

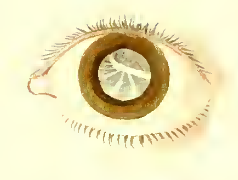
Fig. 5. Pièce anatomique : Hémisphère antérieur du globe oculaire, vu par derrière. Une cataracte a été abaissée par scléronyxis. La pupille et toute la face postérieure de l'iris sont masquées par une fausse membrane épaisse, coriace, comme parcheminée et étroitement adhérente. Dans presque toute la moitié inférieure de la pièce, la structure des procès ciliaires est altérée par la violence de la phlegmasie. — Obs. 80.

Fig. 6. Cataracte capsulaire secondaire de l'œil droit, inégalement opaque dans ses différentes parties et perforée de deux grandes lacunes. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 81.

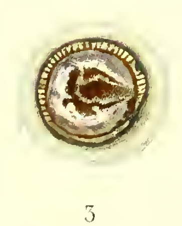
Fig. 7. Cataracte capsulaire traumatique adhérente de l'œil gauche, avec résorption du cristallin (*cataracte aride siliqueuse*), et perforée à sa partie interne d'une lacune noire semi-lunaire. — Obs. 82.



1



2



3

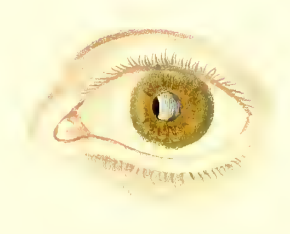


4



5

6



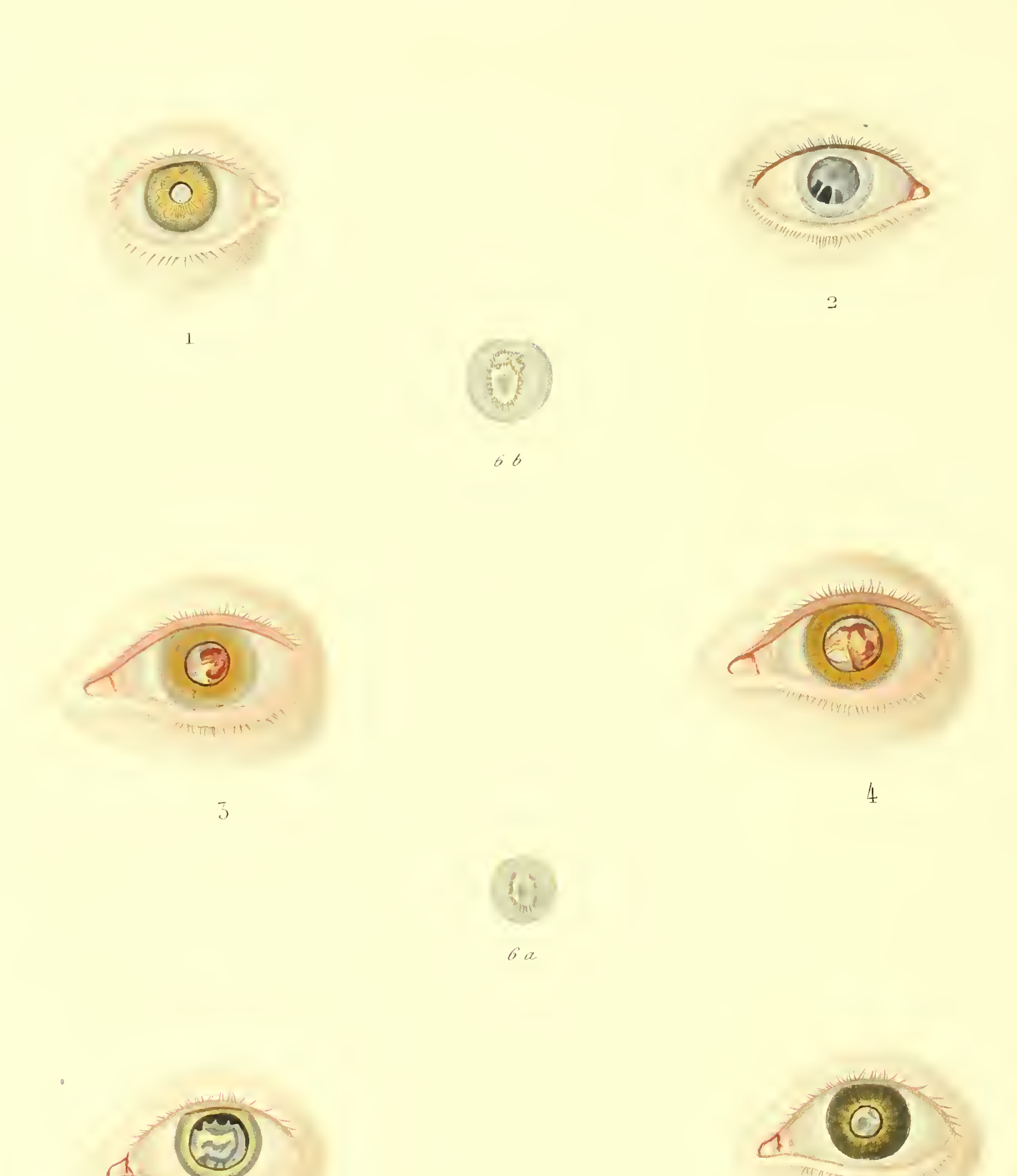
7

Emile Beau pinx^t

Oudet sc

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques 33



Beau pinx.t Clergé sculp.t

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S.t Jacques, 33.

PLANCHE XXIII.

CATARACTES CAPSULAIRES ET SANGUINOLENTE.

Fig. 1. Cataracte capsulaire antérieure adhérente de l'œil droit. — Obs. 83.

Fig. 2. Cataracte capsulaire secondaire de l'œil droit, survenue après l'abaissement d'une cataracte lenticulaire dure, et échancrée à sa partie inférieure externe. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 84.

Fig. 3. Cataracte capsulaire secondaire, grumeuse ou sanguinolente, de l'œil gauche, survenue après l'abaissement d'une cataracte lenticulaire demi-dure. Par une échancrure de la partie inférieure interne de la capsule, on voit une partie du cristallin opaque et remonté. Pupille modérément dilatée par le demi-jour. — Obs. 85.

Fig. 4. Le même œil, à une époque un peu plus avancée de la maladie. Quelques portions de la partie colorante du sang déposé sur la cristalloïde antérieure sont déjà résorbées. La pupille est fortement dilatée par la belladone.

Fig. 5. Cataracte capsulaire traumatique de l'œil gauche, échancrée à sa partie supérieure par quatre crénelures. Pupille dilatée par la belladone. — Obs. 86.

Fig. 6. Cataracte capsulaire antérieure végétante de l'œil gauche, vue dans l'œil, la pupille n'étant pas dilatée par la belladone. — Obs. 87.

Fig. 6 *a*. La même, vue avec le cristallin extrait de l'œil disséqué.

Fig. 6 *b*. La même, gonflée, après que le cristallin a séjourné dans l'eau pendant quelque temps, et dessinée sous un faible grossissement.

PLANCHE XXIV.

CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES.

Fig. 1, 1 *a*, 2, 5 et 5 *a*. Cataracte capsulo-lenticulaire végétante de l'œil gauche, c'est-à-dire, cataracte lenticulaire avec opacité centrale de la capsule antérieure du cristallin. Cette végétation capsulaire est irrégulièrement quadrangulaire et élevée. — Obs. 88.

Fig. 1. L'œil dessiné dans son ensemble sur le cadavre.

Fig. 1 *a*. Aspect de la cataracte après la dilatation de la pupille, survenue par des causes mécaniques pendant la dissection.

Fig. 2. L'œil disséqué, toutes ses parties étant enlevées, sauf le corps vitré, la zonule de Zinn et l'appareil cristallinien. Le tout est vu par la face antérieure.

Fig. 3 et 4. Cataracte capsulo-lenticulaire, dessinée sous la loupe d'après une pièce disséquée, et destinée à montrer les proéminences et les stries élevées de la cristalloïde antérieure, opaque dans la plus grande partie de son étendue. Entre ces stries élevées et contournées en différents sens, espèces de plis de la cristalloïde froncée, il existe de légères dépressions formant des sillons. Du pigmentum uvéen est collé en plusieurs endroits à ces stries. — Obs. 89.

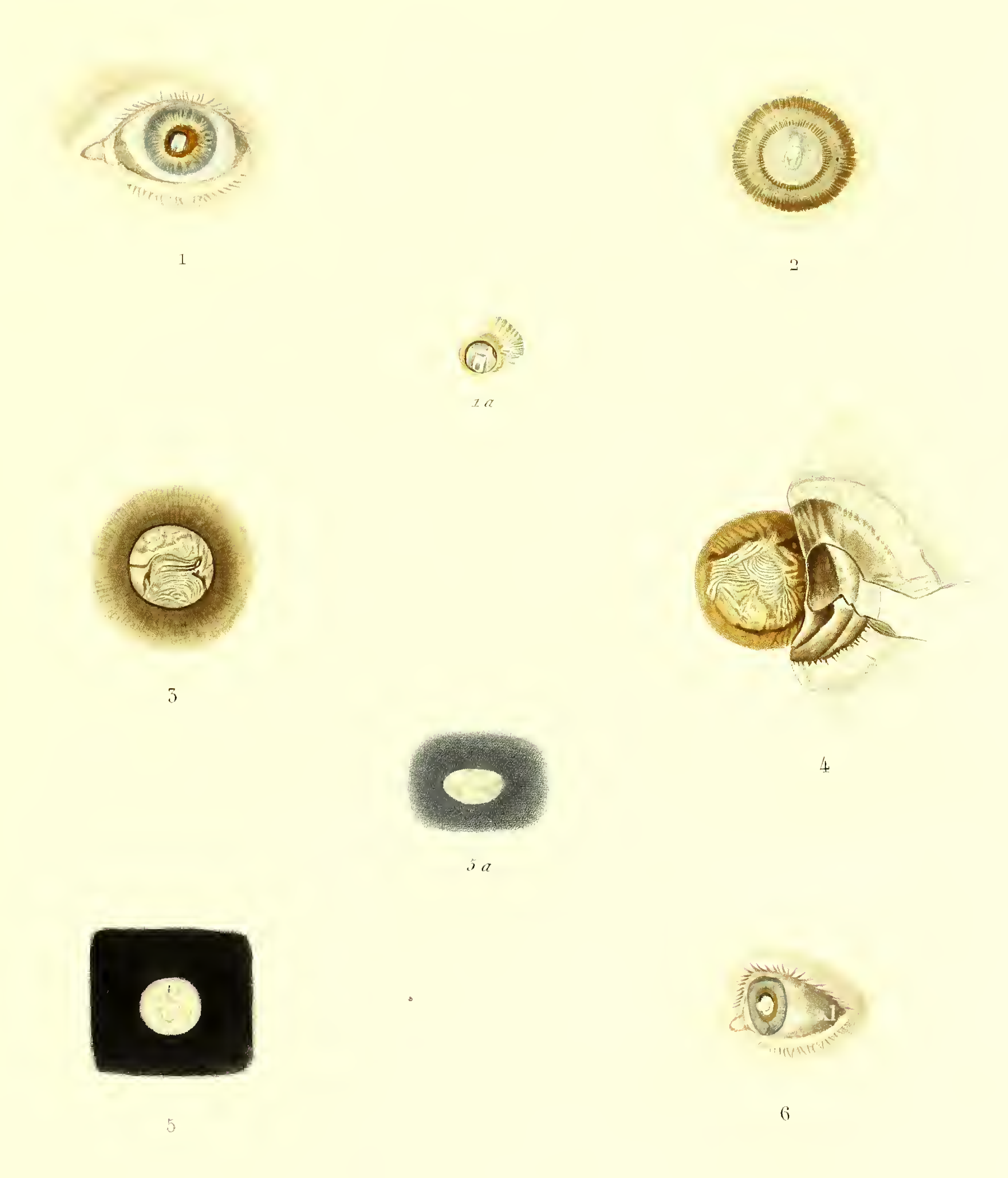
Fig. 3. La cataracte, encore recouverte du petit cercle de l'iris.

Fig. 4. La même, mise à nu, l'iris incisé étant détaché et replié sur lui-même vers le côté droit du spectateur.

Fig. 5. La cataracte des figures 1, 1 *a*, 2, isolée et vue par sa face antérieure, au milieu de laquelle on reconnaît la végétation de la cristalloïde.

Fig. 5 *a*. La même, vue de profil, sa face antérieure étant ici la supérieure.

Fig. 6. Cataracte capsulo-lenticulaire végétante de l'œil gauche (*cataracte pyramidale* des auteurs). Le cristallin est incomplétement opaque. Sur le centre de la cristalloïde, on voit une opacité végétante, c'est-à-dire, un dépôt de matière fibro-albumineuse concrétée, proéminant dans la chambre antérieure et donnant au profil de la cataracte une figure conique. — Obs. 90.



Emile Beau pinx.t Oerge sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris.
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33.



1 2 6 a 3 4 6 b 5 6

Emile Beau pinx[t] Martin sc

J. B. Baillière, Libraire, à Paris
Imp. Geny Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE XXV.

CATARACTES CAPSULAIRES ET CAPSULO-LENTICULAIRES. GLAUCÔME ET CATARACTE GLAUCOMATEUSE.

Fig. 1. Cicatrice de la partie inférieure de la cornée droite. Cataracte lenticulaire morgagnienne, compliquée d'adhérences pigmenteuses (*synéchies postérieures*) et de cataracte capsulaire partielle végétante et également adhérente. — Obs. 91.

Fig. 2. Cataracte lenticulaire secondaire partielle dans la partie supérieure externe de la pupille gauche. Cataracte capsulaire secondaire offrant l'aspect d'un double sachet pendant au-devant de la pupille dans la chambre antérieure. — Obs. 92.

Fig. 3. Glaucôme de l'œil gauche, présentant tous ses caractères développés à un très haut degré : Pupille irrégulière, dilatée, opacité apparente verte du fond de l'œil, plaques décolorées de l'iris, cercle veineux, vaisseaux fortement dilatés, etc. — Obs. 96.

Fig. 4. Cataracte glaucomateuse, exceptionnellement capsulaire, de l'œil droit du même individu, c'est-à-dire, glaucôme présentant à peu près les mêmes caractères que le précédent, mais moins développés, et compliqué de cataracte capsulaire antérieure. — Même obs.

Fig. 5. Stries élevées ou plis fins de la cornée droite, disposés en éventail divergeant de bas en haut et semblables par leur aspect à des fêlures dans une vitre. Cataracte capsulaire pseudo-membraneuse Désorganisation de l'iris. Amaurose et tendance à l'atrophie du globe. — Obs. 93.

Fig. 6. Appareil cristallinien, encore accompagné d'une portion du corps vitré et de vestiges de la zonule de Zinn empreinte de pigment. La cristalloïde antérieure, transparente, ne présente qu'un seul point opaque, parfaitement arrondi et d'un blanc mat, commencement de végétation placée auprès de son centre. — Obs. 94.

Fig. 6 *a*. Appareil cristallinien isolé et vu par sa face antérieure. Cataracte capsulaire antérieure végétante, située un peu au-dessus du centre de la capsule, à travers laquelle on voit un commencement de déhiscence centrale particulière des couches corticales du cristallin à demi-opacifié, d'où résulte une lacune ronde laissant à nu le noyau et entourée d'un ourlet blanchâtre étroit. — Obs. 95.

Fig. 6 *b*. Le même appareil cristallinien vu de profil. La capsule antérieure, fortement distendue par le liquide morgagnien transparent, montre à sa face externe l'opacité végétante. La déhiscence commençante des couches corticales est à peine visible sous la forme d'une petite tache plus blanchâtre que le reste du cristallin.

PLANCHE XXVI.

PTÉRYGIONS. HYPOPYONS.

Fig. 1. Ptérygion d'une étendue considérable et d'une forme un peu irrégulière, partant du grand angle de l'œil droit, et ayant un sommet pointu. — Obs. 97.

Fig. 2. Cicatrice presque complète et vascularisée de la cornée gauche et petit staphylôme iridien. Ptérygion prenant naissance au bord supérieur du cartilage tarse de la paupière supérieure, dont la conjonctive est recouverte de granulations dures, et se terminant par un sommet tronqué au milieu de la cornée, qu'il recouvre dans presque toute sa moitié supérieure. (La paupière supérieure est relevée par un aide.) — Obs. 98.

Fig. 3. Ptérygium petit et d'une espèce très particulière, formant un triangle dont la base regarde le centre de la cornée, et dont le sommet touche la caroncule lacrymale, à l'inverse de ce qui a lieu d'ordinaire. Sa partie la plus large, placée moitié sur la cornée et moitié sur la sclérotique, est mince, décolorée, presque entièrement transparente, et recouvre un petit kyste séreux. — Obs. 99.

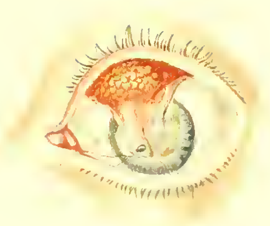
Fig. 4. Ptérygion quadruple ou existence simultanée de quatre ptérygions, dont les sommets se joignent au centre de la cornée, opacifiée par une ophthalmie. Dessin communiqué par feu le docteur F. Cunier, de Bruxelles. — Obs. 100.

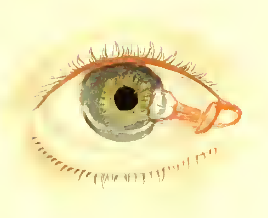
Fig. 5. Conjonctivo-sclérite et kératite panniforme partielle de l'œil gauche. Onyx (abcès entre les lames de la cornée) vidé dans la chambre antérieure et commençant à se convertir en cicatrice interlamellaire. Hypopyum. Iritis avec des taches de matière exsudative blanche sur le côté externe de l'iris. — Obs. 101.

Fig. 5 *a*.—Fragment de l'iris et de la pupille de l'œil droit, sain, du même individu, pour servir de point de comparaison.

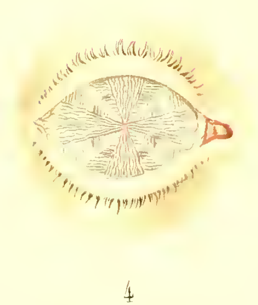
Fig. 6. Hypopyon d'une espèce particulière et très rare, observé sur un enfant lymphatique, et symptomatique d'un iritis. Le pus, ou plutôt la matière fibro-albumineuse puriforme, est distribué en plusieurs amas placés les uns au-devant et au-dessous des autres, et dont le bord supérieur, au lieu d'un niveau droit horizontal, présente des lignes onduleuses. — Obs. 102.

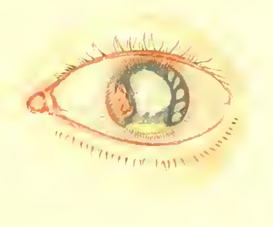

1

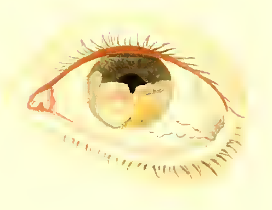

2


3


3 a

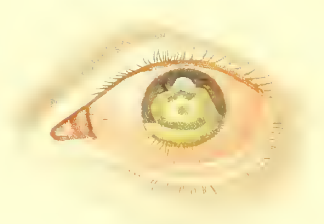

4


5

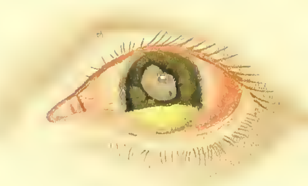

6

Beau *Oudet sc.*

J. B. Baillière, Libraire à Paris.



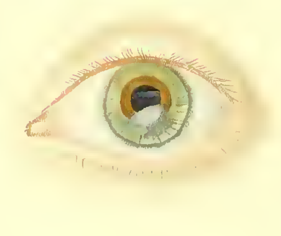
1



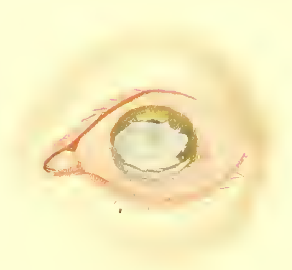

2



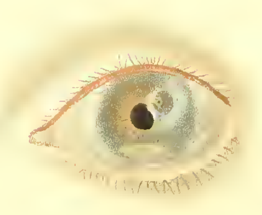
3



4



5



6

Emile Beau ad nat. pinx.t

Clergé sculp.t

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

... r. S. Jacques 33

PLANCHE XXVII.

ONYX, HYPOPYONS, ULCÉRATIONS ET CICATRICES DE LA CORNÉE.

Fig. 1. Injection confluente de la conjonctive avec tendance au chémosis. Large onyx de l'œil gauche, soulevant fortement les lames cornéennes antérieures, et ayant déjà produit, par la rupture des lames postérieures, un hypopyon considérable à niveau supérieur légèrement concave. Altération de la couleur et de la structure de l'iris. — Obs. 103.

Fig. 2. Même œil. L'onyx est vidé et presque cicatrisé; l'hypopyon remonte davantage dans la chambre antérieure, et son niveau supérieur est devenu horizontal.

Fig. 3. Injection confluente notable de la conjonctive de l'œil gauche et tendance au chémosis. Épanchement interlamellaire central, blanc grisâtre, très étendu et de forme irrégulière, à l'angle inférieur interne duquel on voit une petite ulcération vascularisée de la cornée. Hypopyon commençant à niveau anormal. — Obs. 104.

Fig. 4. Le même œil, une année après la résorption de la matière épanchée. Cicatrice interlamellaire, opaque et gris bleuâtre dans sa partie inférieure, semi-transparente et peu visible en face de la pupille.

Fig. 5. Cicatrice vascularisée de la plus grande partie de la cornée gauche, masquant la pupille et presque contiguë, par son bord inférieur, à un épanchement interlamellaire desséché de forme semi-lunaire. — Obs. 105.

Fig. 6. Ulcération profonde et infundibuliforme de la cornée gauche, compliquée de fistule cornéenne capillaire et d'hypopyon, et entourée d'un reste d'épanchement interlamellaire et d'une cicatrice superficielle du tiers cornéen externe. — Obs. 106.

PLANCHE XXVIII.

CICATRICES DE LA CORNÉE ET STAPHYLÔMES IRIDO-CORNÉENS.

Fig. 1. Cicatrice leucomateuse du bord inférieur externe de la cornée droite, avec adhérence entre l'opacité et la partie correspondante de l'iris (*synéchie antérieure*), d'où résulte un tiraillement très prononcé de toutes les fibres iridiennes et de la pupille vers les points adhérents, avec rétrécissement de cette ouverture et terminaison de sa partie inférieure externe en fente pointue et linéaire. — Obs. 107.

Fig. 2. Cicatrice adhérente de la partie inférieure interne de la cornée gauche (*synéchie antérieure*) avec tiraillement des fibres iridiennes et de la pupille vers l'adhérence. Infiltration séreuse de la conjonctive (*œdème conjonctival chronique*) dans le voisinage de la cicatrice. Pinguécula (dépôt graisseux sous-conjonctival) aplati siégeant près du bord cornéen externe. — Obs. 108.

Fig. 3. Leucoma (*albugo*) central adhérent de la cornée droite, avec oblitération de la pupille et tiraillement de toutes les fibres iridiennes vers la cicatrice. — Obs. 109.

Fig. 4. Staphylôme iridien presque complet et aplati de l'œil droit, avec oblitération de la pupille et tiraillement des fibres iridiennes vers le bord de la tumeur. Altérations de la texture et de la couleur de l'iris, cercle veineux, distension des vaisseaux sanguins, indiquant, avec l'abolition de la perception de la lumière , une amaurose organique consécutive à une ophthalmie externe et interne. — Obs. 110.

Fig. 5. Cicatrice adhérente complète et vascularisée de la cornée droite, d'épaisseur inégale dans les différentes parties de son étendue et, partant, très variée dans sa teinte. Fistule cornéenne capillaire, visible, au centre de l'opacité, sous la forme d'une petite ligne transversale noirâtre. Ophthalmie externe chronique. — Obs. 111.

Fig. 6. — Staphylôme partiel vascularisé de la cornée droite ayant succédé à un staphylôme iridien. Presque oblitération de la pupille et tiraillement des fibres iridiennes vers la tumeur. Ophthalmie chronique. — Obs. 112.



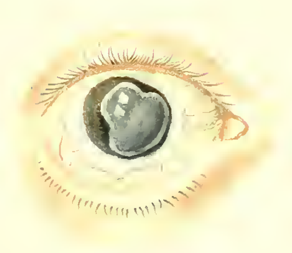
1



2



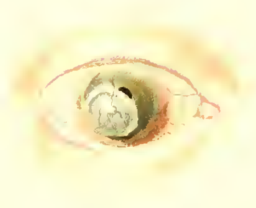
3



4



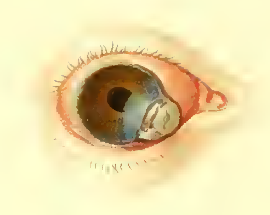
5



6

*Emile Beau pinx*t *Oudet sculp*t

J. B. Baillière, Libraire, à Paris



1



2



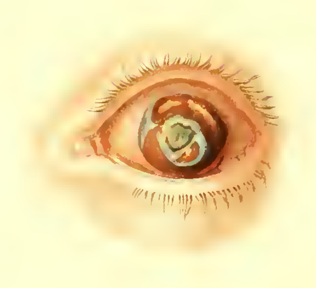
3



1 a



4



5



6

Emile Beau pinx.

Oudet sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

PLANCHE XXIX.

ULCÉRATIONS DE LA CORNÉE ET STAPHYLÔMES IRIDIENS.

Fig. 1. Procidence considérable et déjà staphylomateuse de l'iris droit, consécutive à une ophthalmie lymphatique ulcéreuse. Large épanchement cornéen interlamellaire en voie de cicatrisation. Pupille et fibres iridiennes tiraillées vers la procidence, dont la couleur est altérée par le mucus et la matière purulente qui la recouvrent. Commencement d'iritis.— Obs. 113.

Fig. 1 *a*. Fragment de l'iris de l'œil gauche, sain, du même individu, pour montrer la différence de couleur et de texture de l'iris.

Fig. 2. Staphylôme irido-choroïdien traumatique, fort distendu et aminci, et tiraillant en bas et en dedans la pupille de l'œil gauche et les fibres de l'iris phlogosé et verdâtre. Forte injection de la conjonctive et tendance au chémosis. — Obs. 114.

Fig. 3. Staphylôme iridien de l'œil droit, transversalement ovalaire et un peu réniforme, partagé en plusieurs aréoles ou compartiments par des bandelettes fibro-albumineuses (*staphylôme racémeux*), et longé, à son bord inférieur, par un vaisseau venant de la conjonctive. Pupille rétrécie, presque oblitérée et à peine visible à travers une cicatrice cornéenne interlamellaire contiguë ou staphylôme. (Les deux paupières sont écartées par les doigts d'un aide.) — Obs. 115.

Fig. 4. Ophthalmie blennorrhagique. (Les phénomènes de la phlegmasie conjonctivale, reproduits dans la figure suivante, ont été négligés ici.) Ulcération presque complète de la cornée gauche, plus profonde en haut dans un espace triangulaire noirâtre, entourée partout d'un limbe étroit formé par la cornée infiltrée, mais non ulcérée, et recouverte en bas par de la matière purulente.— Obs. 116.

Fig. 5. Même œil, après la destruction de toute la cornée. Staphylôme complet de l'iris, d'une teinte rouge brunâtre interrompue seulement en haut et en dedans par une portion triangulaire de pseudo-cornée (fausse membrane simulant une cicatrice cornéenne). L'appareil cristallinien, mis à nu, apparaît dans la pupille, recouvert dans sa plus grande étendue par du muco-pus et, en bas et en dehors, par un petit épanchement sanguin placé en partie sur l'iris. Violente conjonctivite avec injection confluente et commencement de chémosis.

Fig. 6. Staphylôme iridien complet, consécutif à une violente ophthalmie blennorrhagique avec infiltration et ulcération de toute la cornée. Iris entièrement mis à nu, formant dans son quart supérieur un bourrelet d'une teinte ardoisée un peu violâtre, et recouvert dans ses trois quarts inférieurs d'une épaisse fausse membrane couleur lie de vin. Dans la moitié interne encore visible de la pupille, on aperçoit la cristalloïde antérieure transparente et entourée d'une bandelette pseudo-membraneuse linéaire d'un blanc bleuâtre. Chémosis déjà phlegmoneux, mais conservant encore en partie les caractères du chémosis séreux, surtout la semi-transparence de la conjonctive. — Obs. 117.

PLANCHE XXX.

STAPHYLÔMES IRIDIENS COMPLETS ET CORNÉENS.

Fig. 1. Même œil que celui représenté planche XXIX, figure 6, dessiné un mois plus tard. Staphylôme iridien complet, de couleur bleu ardoisé, très volumineux, rendu cordiforme par une bande pseudo-membraneuse blanchâtre développée à sa partie supérieure médiane, et qui la partage en deux lobes. L'ophthalmie externe est encore intense. — Obs. 117.

Fig. 2. Ophthalmie blennorrhagique de l'œil droit. Destruction de toute la cornée et staphylôme iridien complet. Cristalloïde antérieure recouverte, surtout à sa circonférence, de matière purulente. — Obs. 118.

Fig. 3. Staphylôme cornéen sphérique presque complet et vascularisé de l'œil droit. — Obs 119.

Fig. 4. Le même vu de profil, de manière à faire voir sa forme presque carrée.

Fig. 3 *a* à 4 *b*. Pièce anatomique. La portion de ce même staphylôme enlevée par l'amputation, vue sous différents aspects.

Fig. 3 *a*. Vue de face après un séjour de quelques heures dans l'eau.

Fig. 3 *b*. Vue par sa face postérieure immédiatement après l'opération et sans avoir séjourné dans l'eau.

Fig. 4 *a*. Vue par sa face postérieure après une macération assez prolongée. Une coupe transversale a été pratiquée, et la fausse membrane, qui recouvre la surface externe du staphylôme, a été détachée dans une certaine étendue.

Fig. 4 *b*. Vue sur la coupe après la macération.

Fig. 5. L'œil malade, quelques jours après l'opération. La surface de la plaie est recouverte d'une fausse membrane encore perforée au centre d'une lacune noire circulaire.

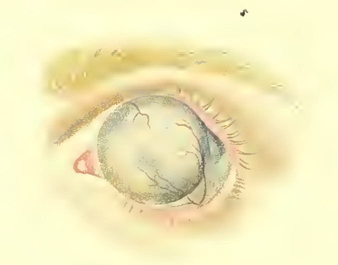
Fig. 6. Staphylôme subsphérique très vascularisé de la cornée gauche. Teinte ardoisée de la sclérotique et commencement de staphylôme du corps ciliaire. — Obs. 120.



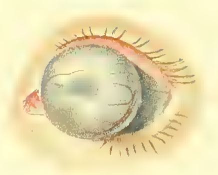
Emile Beau pinx.t Oudet sc.

J. B. Baillière Libraire à Paris

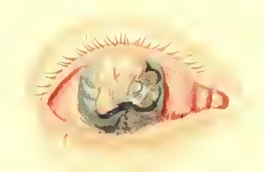
Imp. Geny Gros R. S. Jacques, 33



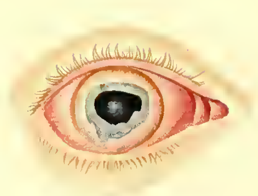
1



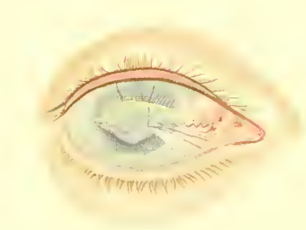
2



3



4



5



6

*Emile Beau pinx*t *Clergé sc*

J. B. Baillière, Libraire, a Paris

*Imp. Geny-Gros, R. S*t *Jacques, 33*

PLANCHE XXXI.

STAPHYLÔMES CORNÉENS ET IRIDIENS.

Fig. 1. Staphylôme sphérique complet et vascularisé de la cornée gauche. Commencement de staphylôme du corps ciliaire. — Obs. 121.

Fig. 2. Staphylôme complet et ancien de l'iris gauche simulant un staphylôme cornéen sphérique. Commencement de staphylôme du corps ciliaire. — Obs. 122.

Fig. 3. Staphylôme iridien complet, recouvert d'une excroissance lobulée semblable à du tissu encéphaloïde. Injection confluente de la conjonctive de l'œil droit. — Obs. 123.

Fig. 4. Même œil, quatre jours après l'amputation du staphylôme. L'exsudation fibro-albumineuse, qui doit se transformer en cicatrice, est déjà très étendue et assez ferme sur le pourtour de la plaie, au centre de laquelle il existe une végétation de la cristalloïde antérieure, devenue visible immédiatement après l'opération.

Fig. 5. Même œil, une année après l'opération. La cicatrice vascularisée est en continuité, par son bord interne, avec un ptérygion.

Fig. 6. Staphylôme iridien complet et très volumineux de l'œil droit, accompagné d'un certain degré de staphylôme du corps ciliaire. — Obs. 124.

PLANCHE XXXII.

STAPHYLÔMES IRIDIENS ET STAPHYLÔMES PELLUCIDES DE LA CORNÉE.

Fig. 1. OEil gauche opéré depuis six jours d'un staphylôme irido-cornéen complet. Il ne reste de la tumeur qu'un limbe circulaire étroit formé par la cornée opacifiée. La plaie est recouverte d'une fausse membrane récente d'inégale épaisseur et tachetée de stries ou de bandelettes sanguinolentes. En haut et au milieu, une lacune, sous forme de tache arrondie, noire et transparente, laisse voir l'hyaloïde et le corps vitré mis à nu. Injection confluente de la conjonctive avec commencement de chémosis. — Obs. 125.

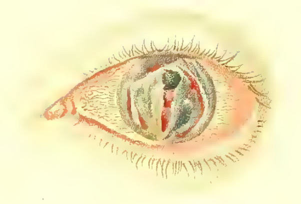
Fig. 2. Le même œil, deux mois après l'opération. La fausse membrane s'est transformée en cicatrice annulaire, blanche, encore perforée au centre par une lacune ovalaire noirâtre, un peu grisâtre à son milieu. Atrophie commençante du globe, plus prononcée dans sa partie inférieure. Sur le trajet des quatre muscles droits, surtout du muscle droit inférieur, il existe des sillons ou dépressions au fond desquels rampent des faisceaux vasculaires semblables à des ptérygions commençants.

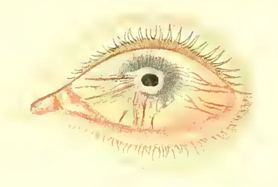
Fig. 3. Staphylôme pellucide assez volumineux de la cornée droite (*conicité de la cornée*). OEil vu de profil. — Obs. 126.

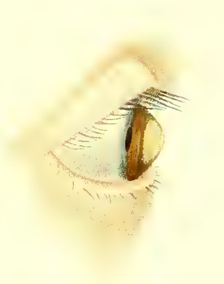
Fig. 4. Staphylôme pellucide partiel de la cornée gauche, affectant environ les deux tiers inférieurs de cette membrane, dont le tiers supérieur est le siége d'une cicatrice adhérente gris bleuâtre, entraînant en haut et en avant les fibres de l'iris et la pupille : celle-ci est étroite, ovalaire, et terminée en haut par une pointe fine. OEil vue de profil. — Obs. 127.

Fig. 5. Staphylôme pellucide de la cornée gauche à son début. OEil vu de profil. — Obs. 128.

Fig. 6. Même œil vu de face. Au centre de la cornée on remarque un reflet particulier dû à la réfraction de la lumière par le sommet de la conicité. A la partie supérieure interne et en continuité avec le prolongement de ce reflet, on voit se peindre l'image de la croisée.

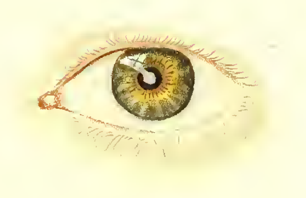

1


2


3


4


5


6

Emile Beau pinx.t Clergé sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33.

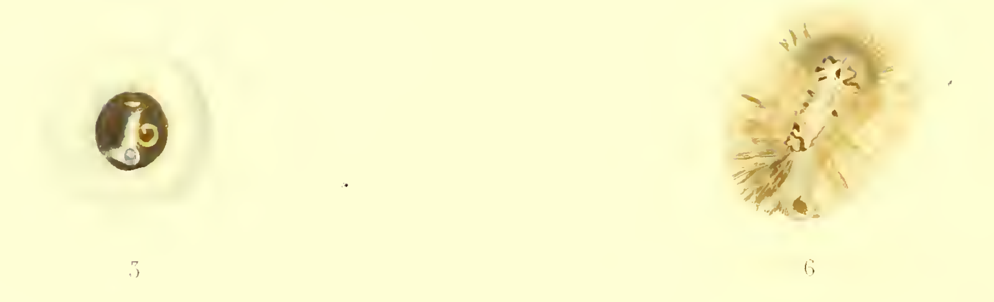
1

2

4

4 a

5



3

6

Emile Beau pinx^t

Oudet sc

J. B. Baillière, Libraire à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33.

PLANCHE XXXIII.

STAPHYLÔME PELLUCIDE ET PHLYCTÈNES DE LA CORNÉE. FAUSSE MEMBRANE OBLITÉRANT LA PUPILLE.

Fig. 1. Kératocèle volumineux transformé en staphylôme pellucide incomplet, hémisphérique. OEil gauche vu de profil. — Obs. 129.

Fig. 2. Même œil vu de face. Comme dans la figure 6 de la planche XXXII, la lumière joue sur le sommet de la conicité, et l'image de la croisée s'y reflète, ainsi que sur la partie supérieure de la cornée.

Fig. 3. Phlyctènes de la cornée droite, dessinées d'après une pièce anatomique. — Obs. 130.

Fig. 4 à 6. OEil droit extrait de l'orbite et disséqué. Pupille tiraillée en bas et en dehors et obstruée par une fausse membrane adhérente mince. — Obs. 131.

Fig. 4. La pièce dans son ensemble, vue par sa face antérieure, après l'ablation de la cornée et de la sclérotique.

Fig. 4 *a*. La pupille et le petit cercle iridien grossis à la loupe, non encore détachés de la pièce, et vus comme corps opaque.

Fig. 5. L'iris et la choroïde vus par leur face postérieure. Ces membranes, encadrées dans une portion de la sclérotique, sont détachées des autres parties du globe.

Fig. 6. L'iris et la pupille isolés, notablement grossis, vus par leur face antérieure et par transparence.

PLANCHE XXXIV.

FAUSSES MEMBRANES COMPLÈTES OU INCOMPLÈTES DANS LA PUPILLE.

Fig. 1. Œil droit. Bandelettes pseudo-membraneuses adhérentes encadrant la pupille droite. Commencement d'altération organique du tissu iridien. Cataracte lenticulaire commençante demi-dure, verdâtre, adhérente. — Obs. 132.

Fig. 2. Œil gauche du même individu. État pathologique analogue de l'iris, avec une petite saillie bleu-ardoisé de l'uvée (*iridoncosis*), qui s'est fait jour entre les fibres écartées de la partie externe et un peu inférieure de l'iris. Cataracte lenticulaire commençante demi-dure, grisâtre, adhérente.— Même obs.

Fig. 3. Oblitération de la pupille gauche par une fausse membrane recouverte d'une couche mince de pigment uvéen. Décoloration de l'iris et altération de sa structure; iridoncosis commençant sous forme d'une élévation gris bleuâtre, semi-ovalaire et étroite dans la partie externe et un peu supérieure de la membrane. Cercle veineux et vaisseaux dilatés indiquant une désorganisation commençante de la choroïde. — Obs. 133.

Fig. 4. Fausse membrane jaunâtre adhérente, oblitérant la pupille droite. Décoloration et désorganisation commençante de l'iris. — Obs. 134.

Fig. 4 *a*. Fragment de l'iris sain de l'œil gauche du même malade.

Fig. 5. Oblitération de la pupille droite par une fausse membrane adhérente. Iris désorganisé et tacheté de noir. — Obs. 135.

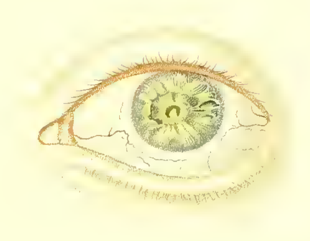
Fig. 6. Œil gauche du même individu. Pupille plus rétrécie, également oblitérée par une fausse membrane adhérente. Iris désorganisé, mais non tacheté de noir. Large pupille artificielle spontanée par décollement derrière toute la moitié interne de la cornée. — Même obs.



1

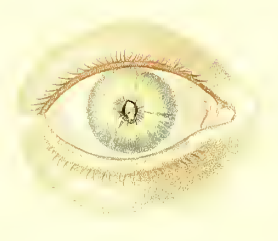


2



3

4 a



4



5

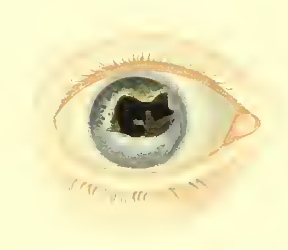


6

Emile Beau pinx.t Martin sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33



1



2



3



2 a

4



5



6

Emile Beau pinx.t

Oudet sc.

J. B Baillière, Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33

PLANCHE XXXV.

FAUSSES MEMBRANES INCOMPLÈTES DANS LA PUPILLE. SYNÉCHIES POSTÉRIEURES. CATARACTES PIGMENTEUSES. VASCULARISATIONS IRIDO-CAPSULAIRES.

Fig. 1. Cicatrice de la cornée droite. Suites d'iritis syphilitique; rétraction et déchirure de la partie supérieure interne de l'iris. — Obs. 136.

Fig. 2. Plaques pseudo-membraneuses et pigmenteuses dans la pupille gauche, partiellement adhérentes et constituant des synéchies postérieures. Une adhérence plus marquée sur le bord pupillaire supérieur détermine la figure cordiforme ou réniforme de cette ouverture, qui est dilatée par la belladone. — Obs. 137.

Fig. 2 *a*. Pupille et petit cercle iridien du même œil, avant l'instillation de belladone.

Fig. 6. Les mêmes après l'emploi prolongé de la belladone et grossis à la loupe.

Fig. 3. Pupille et iris, notablement grossis, de l'œil droit d'un individu antérieurement affecté d'iritis et de cristalloïdite antérieure double. Bandelettes pseudo-membraneuses adhérentes de formes et de dimensions diverses. Commencement d'iridoncosis. — Obs. 138.

Fig. 4. Pupille et iris, notablement grossis, de l'œil gauche du même individu. Bandelette pseudo-membraneuse semi-lunaire adhérente, bordant les deux tiers inférieurs de la marge pupillaire. Très petite languette pseudo-membraneuse triangulaire sur le bord pupillaire supérieur. Commencement plus prononcé d'iridoncosis. Court vaisseau sanguin injecté se rendant du bord inférieur externe du petit cercle iridien sur la fausse membrane. — Même obs.

Fig. 5. Pupille et petit cercle iridien de l'œil gauche, grossis sous la loupe. Remarquable vascularisation de la cristalloïde antérieure transformée en fausse membrane, ou d'une fausse membrane déposée sur la cristalloïde antérieure. — Obs. 139.

PLANCHE XXXVI.

FAUSSES MEMBRANES INCOMPLÈTES ET FILAMENTS EXSUDATIFS DANS LA PUPILLE. SYNÉCHIES POSTÉRIEURES. CATARACTES PIGMENTEUSES. SYNÉCHIE ANTÉRIEURE.

Fig. 1. Bandelettes pseudo-membraneuses adhérentes dans la pupille gauche, constituant des synéchies postérieures. — Obs. 140.

Fig. 2. Bandelettes pseudo-membraneuses et pigmenteuses adhérentes dans la pupille gauche, constituant des synéchies postérieures. — Obs. 141.

Fig. 3, 5. Plaques pseudo-membraneuses et pigmenteuses adhérentes dans les pupilles, sur un même individu. Ouverture pupillaire et petit cercle iridien vus à la loupe. — Obs. 142.

Fig. 4. Petit cercle iridien et pupille de l'œil droit, modérément grossis. Dépôt, dans l'ouverture pupillaire, de plusieurs couches pseudo-membraneuses et pigmenteuses superposées. — Obs. 143.

Fig. 6. Large plaque exsudative placée presque au centre de la pupille, recouverte de pigment et envoyant de sa circonférence des filaments fibro-albumineux brunâtres rayonnant vers la marge pupillaire, dont quelques uns s'insèrent au-devant de l'iris. Synéchie antérieure formée par un filament semblable communiquant de la face iridienne antérieure à une petite opacité cornéenne. — Obs. 144.

Fig. 7. Pupille et petit cercle iridien d'un œil disséqué. Oblitération de la pupille par une fausse membrane déposée sur la cristalloïde antérieure. Cette fausse membrane, perforée à sa partie interne, est recouverte le long de sa circonférence par des amas de pigment uvéen, d'étendue et d'épaisseur inégales. — Obs. 145.



1 2

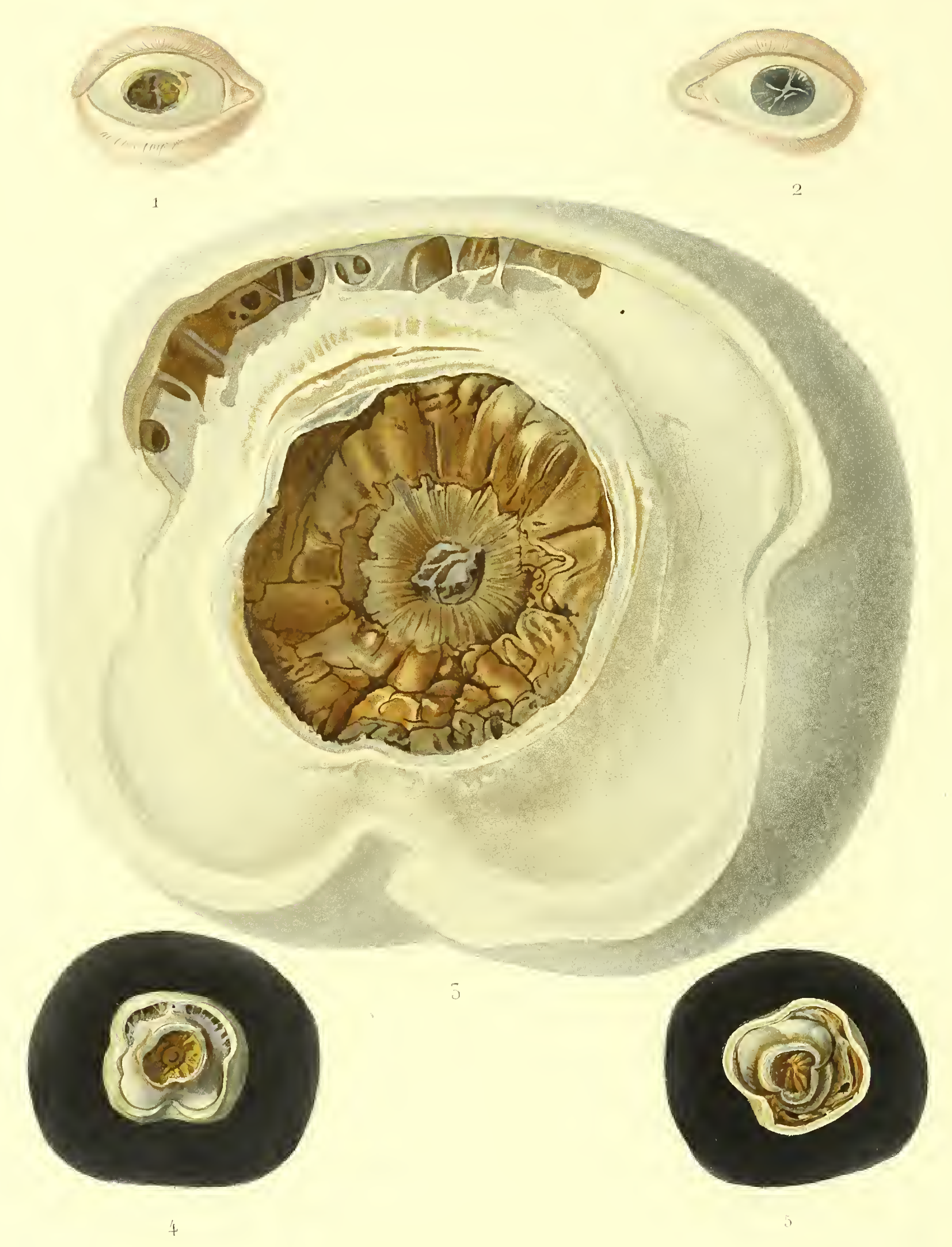
3 4 5

6 7

Emile Beau pinx. *Lasto sc.*

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny Gros



Emile Beau pinx.   Fisto sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris
Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33

PLANCHE XXXVII.

ATROPHIE DU GLOBE ET ALTÉRATIONS ANATOMIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT LE PLUS ORDINAIREMENT. FAUSSES MEMBRANES DANS LA PUPILLE.

Fig. 1. Atrophie du globe oculaire droit, dessiné sur le vivant. Bourrelet jaunâtre demi-transparent de la circonférence de la cornée. Croix grisâtre au milieu de cette membrane, due à son plissement (*rhytidosis*). — Obs. 146.

Fig. 4. Même œil extrait de l'orbite. La cornée et la partie antérieure de la sclérotique sont enlevées. Fausse membrane dans la pupille; grand cercle iridien désorganisé, flasque, lobulé. Nombreuses brides d'aspect et de consistance aponévrotiques entre la sclérotique déformée et bosselée et la choroïde désorganisée.

Fig. 3. Même pièce très considérablement grossie.

Fig .2. Atrophie du globe oculaire gauche, dessiné sur le vivant. Croix gris-blanchâtre au milieu de la cornée, symptomatique de son plissement. — Obs. 147.

Fig. 5. Même œil extrait de l'orbite. La cornée et la partie antérieure de la sclérotique sont enlevées. Pupille complétement oblitérée; sclérotique bosselée; choroïde désorganisée.

PLANCHE XXXVIII.

ATROPHIE OU PHTHISIE DU GLOBE ET ALTÉRATIONS ANATOMIQUES QUI EN RÉSULTENT LE PLUS ORDINAIREMENT. SYNÉCHIE ANTÉRIEURE. DÉSORGANISATION DE L'IRIS. OSSIFICATION DES PARTIES DU GLOBE.

Fig. 1, 2, 6, 7. Phthisie (atrophie par suppuration) du globe oculaire, avec ses altérations anatomiques concomitantes. — Obs. 148.

Fig. 1. Œil droit dessiné sur le vivant. Phthisie de la cornée et du globe; épaisse cicatrice cornéenne adhérente (*synéchie antérieure*). Stries et plis de la cornée rayonnant vers son centre (*rhytidosis*).

Fig. 2. Hémisphère antérieur de la coque oculaire du même côté vu par sa face postérieure. Mêmes stries de la cornée et plis élevés de la sclérotique dans la région des muscles droits interne et externe.

Fig. 6. Iris et partie antérieure de la choroïde du même œil mis à nu par l'ablation de l'hémisphère antérieur de la coque oculaire. Iris désorganisé, recouvert dans sa partie centrale par des dépôts exsudatifs.

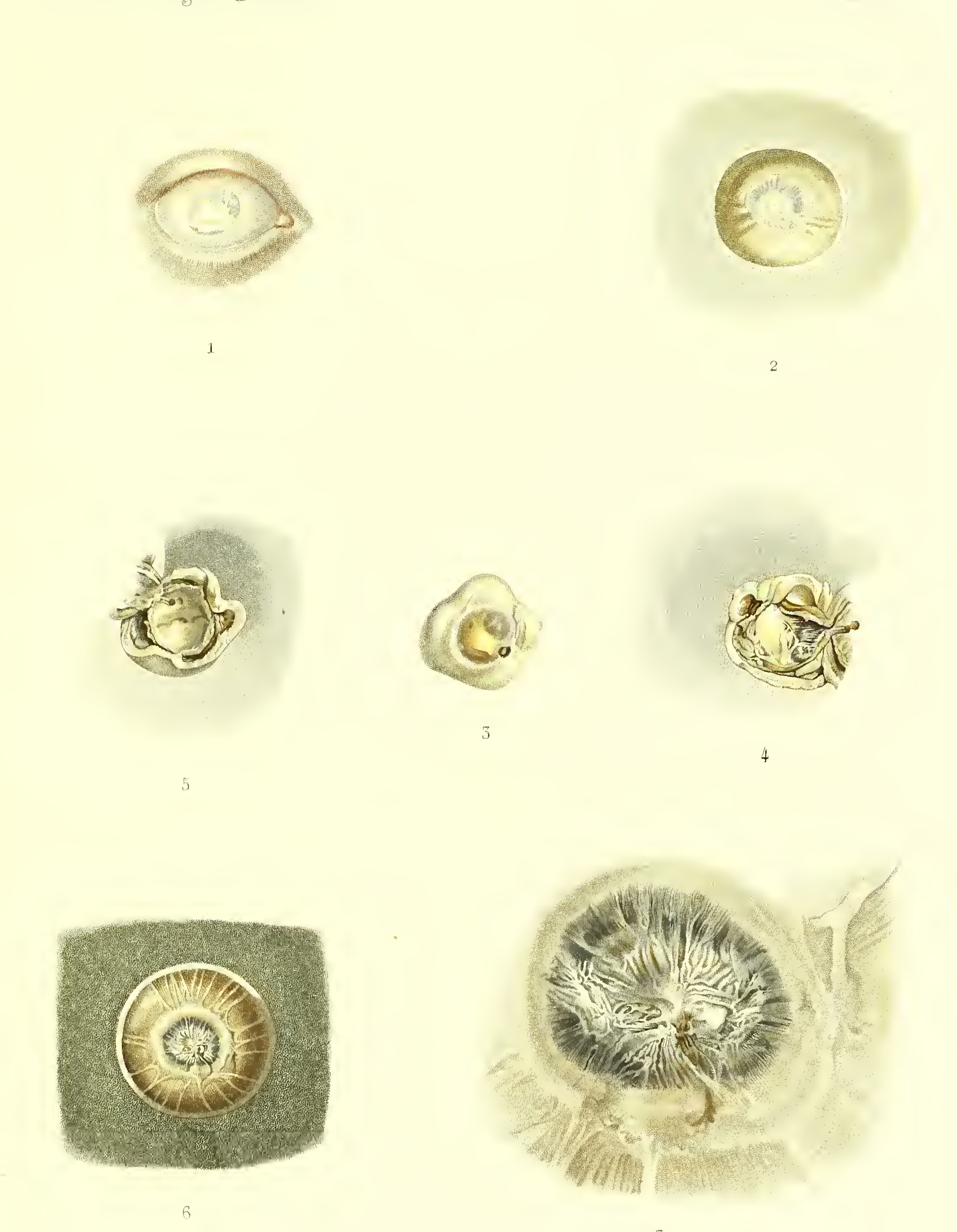
Fig. 7. Iris du même œil vu sous la loupe.

Fig. 3, 4, 5. Phthisie traumatique du globe avec staphylôme irido-choroïdien et ossification de l'appareil cristallinien et de la rétine. — Obs. 149.

Fig. 3. Globe oculaire isolé. Sa forme est presque quadrangulaire, par suite des bosselures et des étranglements alternatifs de la coque oculaire.

Fig. 4. Hémisphère antérieur vu par sa face postérieure. Appareil cristallinien ossifié.

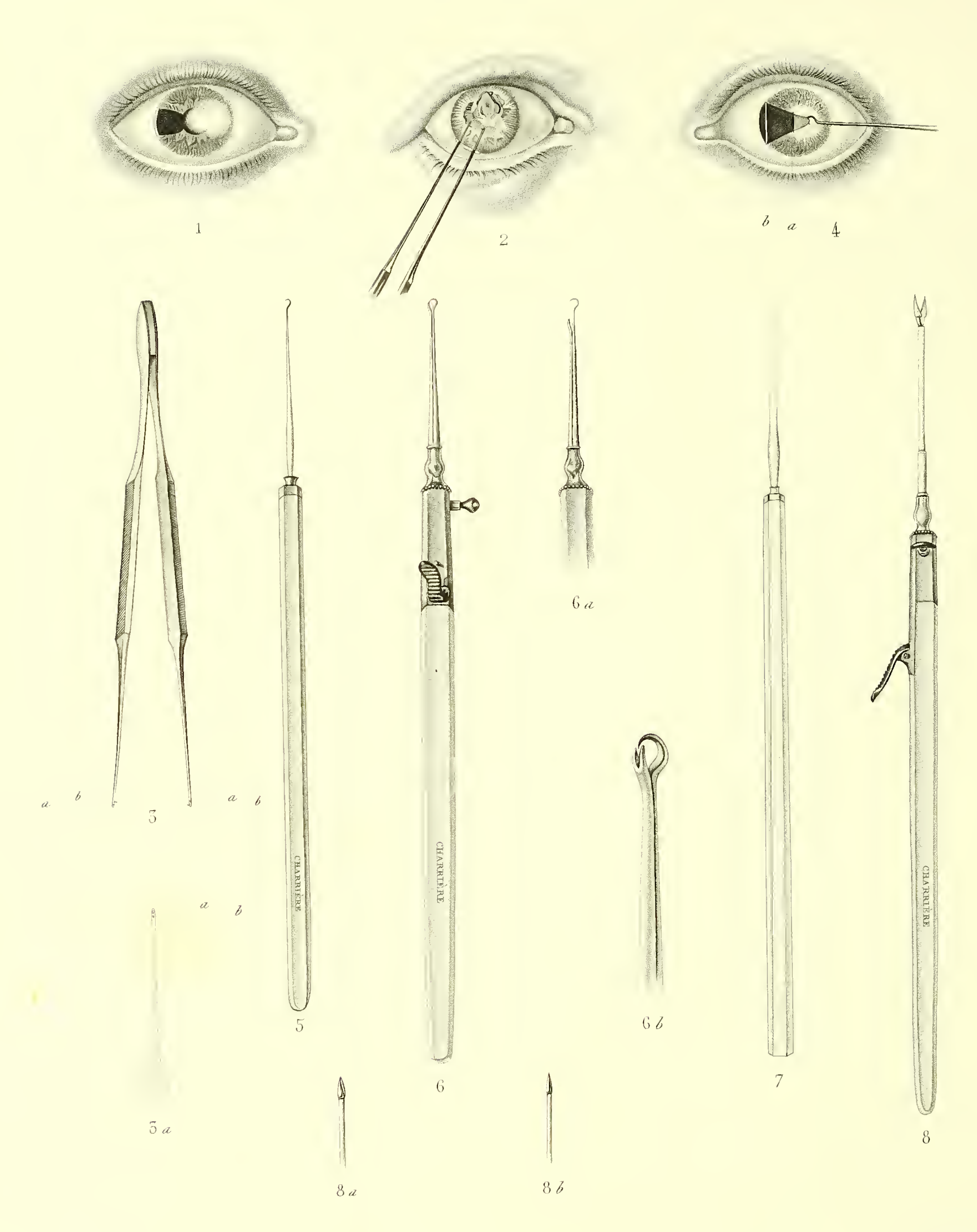
Fig. 5. Hémisphère postérieur vu par sa face antérieure. Sclérotique bosselée, épaissie dans plusieurs endroits. Rétine, ou mieux, membrane de Jacob (couche des baguettes) convertie en un ostéoïde, formant ce qu'on appelle ordinairement une ossification de la rétine.



Emile Beau pinx.t Martin sc.

J.B. Baillière Libraire, à Paris.
Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33

Pl. XXXIX.



Dufay pinx.t

Martin sculp.t

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny Gros. R. S. Jacques, 33

PLANCHE XXXIX.

THÉORIE DE L'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE ET INSTRUMENTS QUI SERVENT A PRATIQUER CETTE OPÉRATION.

A. *Opération de la pupille artificielle par excision de l'iris* (iridectomie).

Fig. 1. Figure théorique devant servir à la démonstration de l'iridectomie.

Fig. 2. Figure pratique représentant l'œil du malade sujet de l'observation 155 (pl XLI, fig. 1, 2, 3), au moment où la pince, introduite par la ponction cornéenne jusqu'à la pupille normale oblitérée, est ouverte.

Fig. 3. La pince pour l'iridectomie, vue de champ et ouverte. — En *a*, *a*, la mortaise de l'extrémité de chacune de ses branches, qui reçoit la petite goupille *b*, *b*.

Fig. 3 *a*. Moitié antérieure d'une des branches de cette pince, vue par sa face interne, afin de bien montrer la position de la mortaise *a*, *a* et de la goupille *b*, *b*.

(Les autres instruments pour l'iridectomie sont déjà représentés : le couteau lancéolaire, planche XII, figure 10, 10 *a*, 11, 11 *a*, et les ciseaux, planche XX, figure 10 à 14.)

B. *Opération de la pupille artificielle par décollement de l'iris* (iridodialysis).

Fig. 4. Figure théorique devant servir à la démonstration de l'iridodialysie.

Fig. 5. Érigne de M. F. Jœger pour l'iridodialysie, placée sur le plat.

Fig. 6. Coréoncion de M. Juengken, placé sur le plat et fermé.

Fig. 6 *a*. Le même ouvert.

Fig. 6 *b*. Le même notablement grossi, vu de trois quarts et pas tout à fait fermé, pour bien montrer de quelle manière la pointe de l'érigne se loge dans l'échancrure du couvre-pointe.

Fig. 7. Spatule flexible en argent, pour sonder la ponction cornéenne dans le cas où sa largeur et sa direction sont douteuses.

Fig. 8. Ciseaux-aiguille de M. Wilde, ouverts et vus de face.

Fig. 8 *a*. Les mêmes, vus fermés et de face.

Fig. 8 *b*. Les mêmes, vus fermés et de champ.

PLANCHE XL.

PUPILLES ARTIFICIELLES SPONTANÉES. OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR EXCISION (IRIDECTOMIE).

Fig. 1. Épaisse cicatrice centrale (*leucoma*, *albugo*) adhérente, avec oblitération de la pupille normale. Pupille artificielle spontanée formée, par décollement, sur le bord ciliaire interne de l'iris. — Obs. 150.

Fig. 2. Pupille artificielle spontanée, formée, par déchirement du tissu de l'iris, entre les bords ciliaire et pupillaire de cette membrane, à côté de la pupille normale restée ouverte. Blépharite chronique avec perte de la plus grande partie des cils (*ptilosis*, *madarosis*). — Obs. 151.

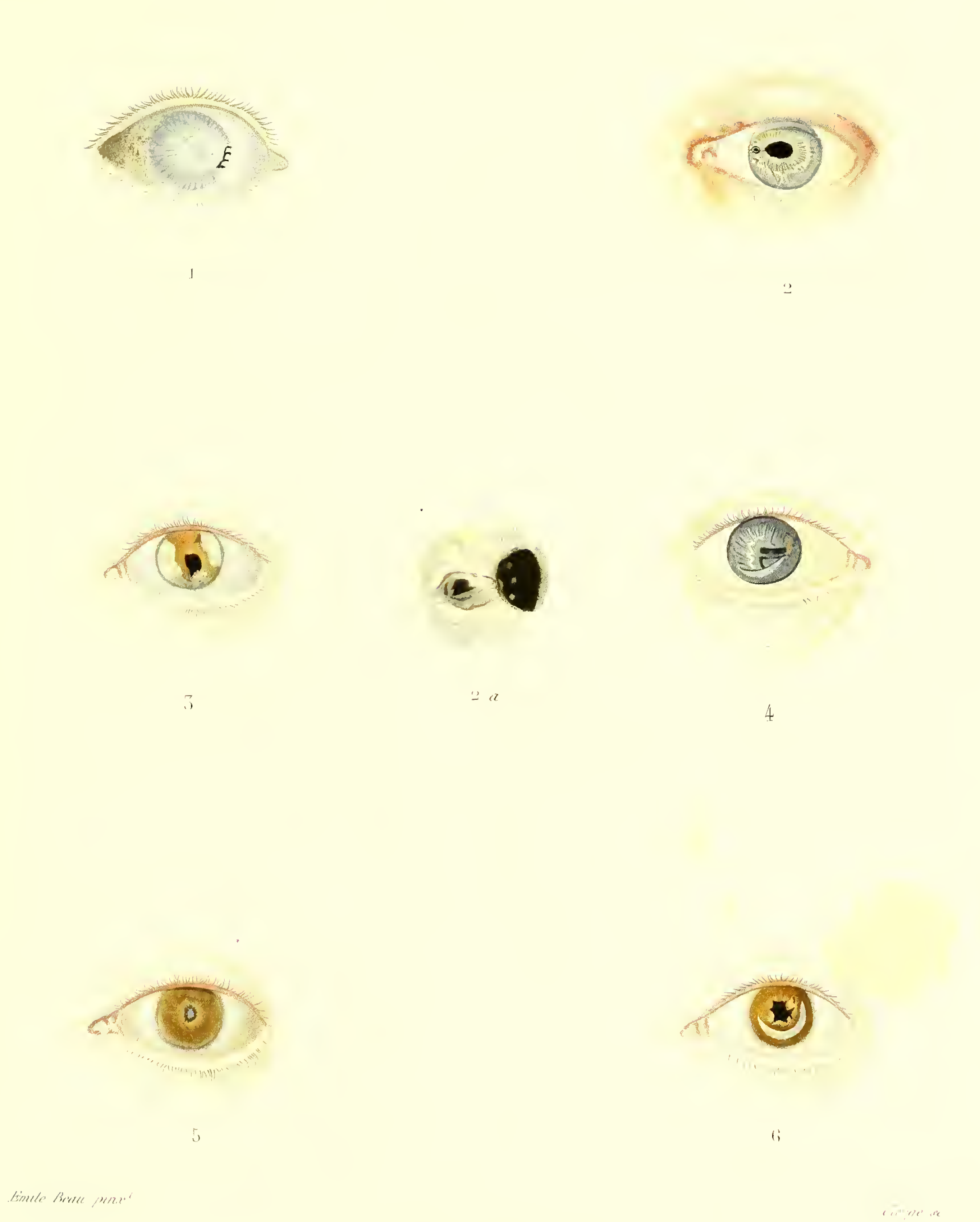
Fig. 2 *a*. Dessin grossi de la partie de l'iris du même œil dans laquelle siége la pupille artificielle spontanée.

Fig. 3. Cicatrices cornéennes excentriques épaisses et oblitération de la pupille normale. Pupille artificielle pratiquée par excision centrale, d'après le procédé du professeur F. Jœger. — Obs. 152.

Fig. 4. Rétrécissement de la pupille consécutif à une extraction de cataracte pratiquée par un oculiste; pupille transversalement ovalaire, presque linéaire, à cause de son obstruction par la capsule antérieure opaque. L'iridectomie centrale, d'après le procédé de Jœger, pratiquée par l'auteur avec un succès complet, n'a pu être figurée parce qu'une contusion de l'œil, survenue quelque temps après, a été suivie d'hyphéma, de fausse membrane et de nouvelle perte définitive de la vue. — Obs. 153.

Fig. 5. Désorganisation de l'iris gauche et oblitération de la pupille par une fausse membrane adhérente. — Obs. 154.

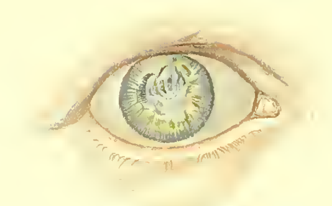
Fig. 6. Même œil opéré par iridectomie centrale, d'après le procédé de Wenzel, et extraction simultanée du cristallin.

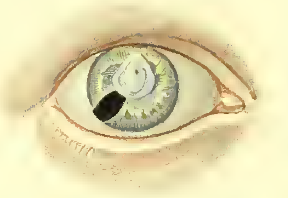


Emile Beau pinx[t]

J. B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. Geny Gros R. S[t] Jacques 33

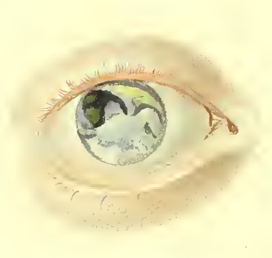

1


2


3


4


5


6

Emile Beau pinx.^t *Visto sc.*

J. B. Baillière Libraire, à Paris
Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33

PLANCHE XLI.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDECTOMIE (EXCISION DE L'IRIS) LATÉRALE.

Fig. 1. Cicatrice staphylomateuse et adhérente de la cornée droite, avec oblitération de la pupille. — Obs. 155.

Fig. 2 Même œil. Pupille artificielle, telle que je me proposais de la pratiquer par l'excision de la partie inférieure externe de l'iris, et dessinée avant l'opération. —Même obs.

Fig. 3. Même œil. La pupille artificielle, telle qu'elle s'est montrée après l'opération, large, mais encore masquée en partie par le prolongement de la cicatrice, et obstruée dans sa partie inférieure externe par un petit dépôt de sang coagulé. — Même obs.

Fig. 4. Leucoma central adhérent de la cornée droite. Pupille artificielle par excision pratiquée sur le côté externe. — Obs. 156.

Fig. 5. Cicatrice centrale de la cornée droite, masquant la pupille et abolissant presque complètement la vision. Pupille artificielle pratiquée avec des instruments courbes, par l'excision de la partie inférieure interne de l'iris. — Obs. 157.

Fig. 6. Leucoma staphylomateux de la cornée droite, oblitérant la pupille et partiellement recouvert d'un boursouflement phlycténoïde de la conjonctive. Pupille artificielle pratiquée par l'excision de la partie externe supérieure de l'iris. Plaques pseudo-membraneuses sur la cristalloïde antérieure, obstruant en partie la pupille, et ayant existé avant l'opération. — Obs. 158.

PLANCHE XLII.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDECTOMIE (EXCISION DE L'IRIS) LATÉRALE.

Fig. 1. Presque oblitération de la pupille droite par une fausse membrane adhérente. Staphylôme volumineux de l'iris et du corps ciliaire placé près du bord cornéen inférieur. Dans la large pupille artificielle, pratiquée par l'excision latérale, on voit encore des bandelettes pseudo-membraneuses adhérentes à la cristalloïde antérieure. — Obs. 159.

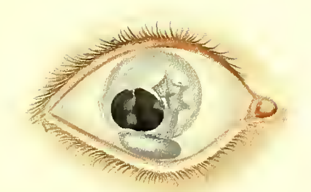
Fig. 2. Large cicatrice transversale de la cornée, masquant entièrement la pupille, mais parfaitement bien disposée pour permettre l'excision de la partie inférieure externe de l'iris, opération que j'ai cependant déconseillée, à cause de la coexistence d'une amaurose organique. — Obs. 160.

Fig. 3. Large cicatrice centrale adhérente de la cornée gauche, adossée à une seconde cicatrice excentrique. Oblitération presque complète de la pupille. — Obs. 161.

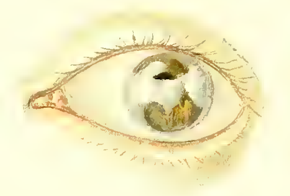
Fig. 4. Même œil. Une tentative d'iridectomie latérale a échoué à cause des adhérences trop fortes, mais la partie supérieure de l'iris s'est décollée pendant l'opération, et une pupille artificielle suffisamment grande pour la vision s'est formée. — Même obs.

Fig. 5. Large cicatrice centrale leucomateuse et adhérente de la cornée gauche. Pupille artificielle pratiquée, à l'aide d'instruments courbes, par l'excision de la partie inférieure interne de l'iris. — Obs. 162.

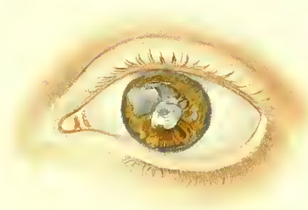
Fig. 6. Large cicatrice leucomateuse adhérente de la plus grande partie de la cornée droite, avec presque oblitération de l'ouverture pupillaire. Pupille artificielle pratiquée, à l'aide d'instruments courbes, par l'excision de la partie interne moyenne de l'iris. — Obs. 163.



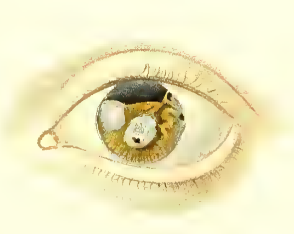
1



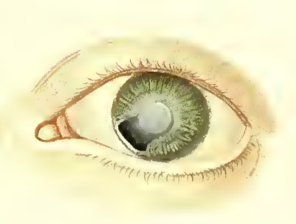
2



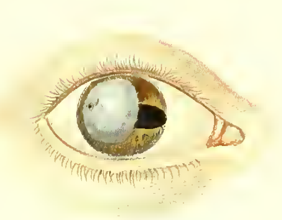
3



4



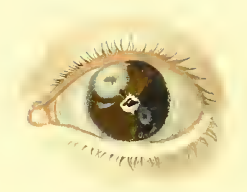
5



6



1

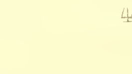


2

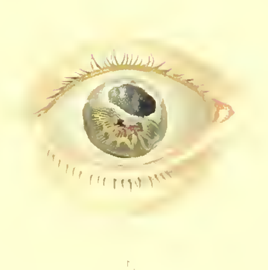


3





4



5



6

*Emile Beau pinx*t

Oudet

J. B. Baillière Libraire, à Paris

PLANCHE XLIII.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDODIALYSIE (DÉCOLLEMENT DE L'IRIS).

Fig. 1. Oblitération de la pupille gauche et strie arquée pseudo-membraneuse dans la partie supérieure interne de l'iris, avec prolongement linéaire en haut et au milieu. Cicatrice de la partie inférieure de la cornée. Pupille artificielle pratiquée par décollement et excision (iridectomodialysie) de la partie interne de l'iris. Broiement d'une cataracte lenticulaire qui n'a été découverte qu'après l'établissement de la pupille artificielle. Bandelettes capsulaires opaques sur la marge de la pupille artificielle, ne nuisant aucunement à la vision. — Obs. 164.

Fig. 2. Staphylômes iridiens et oblitération complète de la pupille de l'œil gauche. Décollement de la partie externe et un peu inférieure de l'iris à l'aide d'instruments courbes, et établissement d'une pupille artificielle dans laquelle on voit quelques taches pseudo-membraneuses et une bandelette pigmenteuse, placées sur la cristalloïde antérieure et qui n'ont apporté aucun trouble dans l'exercice de la vision. — Obs. 165.

Fig. 3. Large cicatrice de la cornée gauche affectant la forme d'un V terminé à sa partie inférieure par un staphylôme iridien. Abolition presque complète de la vision. — Obs. 166.

Fig. 4. Même œil, opéré par le décollement de toute la partie interne et un peu supérieure de l'iris. La pupille artificielle, immédiatement après l'opération, s'est montrée obstruée par une fausse membrane réticulée et vascularisée. — Même obs.

Fig. 5. Staphylôme iridien placé à la partie supérieure un peu interne de la cornée droite et ayant amené l'oblitération presque complète de la pupille. — Obs. 167.

Fig. 6. Même œil. Pupille artificielle établie par le décollement de la partie inférieure moyenne de l'iris. Bandelette pseudo-membraneuse près de l'angle supérieur de la pupille artificielle et de la ponction cornéenne. — Même obs.

PLANCHE XLIV.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDODIALYSIE (DÉCOLLEMENT DE L'IRIS).

Fig. 1. Cicatrice adhérente de la partie inférieure de la cornée de l'œil droit, qui a déjà été soumis, par un chirurgien célèbre, à trois opérations, celles de l'abaissement d'une cataracte, de son extraction et de la pupille artificielle. Obstruction et presqu'oblitération de la nouvelle pupille par une fausse membrane adhérente. — Obs. 168.

Fig. 2. Même œil. Pupille artificielle, dessinée avant l'opération telle que je me proposais de l'établir par le décollement de la partie supérieure interne de l'iris. — Même obs.

Fig. 3. Même œil. La pupille, telle qu'elle est réellement devenue, et dessinée après l'opération. — Même obs.

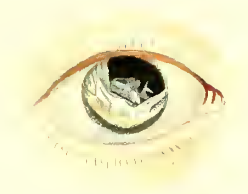
Fig. 4. Oblitération presque complète de la pupille droite par un leucoma central adhérent. — Obs. 169.

Fig. 5. Même œil. Pupille artificielle pratiquée par l'excision de la partie externe de l'iris. Décollement de tout l'iris par un mouvement brusque du globe en dedans, au moment où je voulus saisir et exciser une petite bride de l'iris. Vision parfaite. — Même obs.

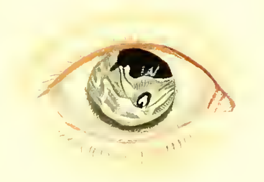
Fig. 6. Presque oblitération de la pupille gauche par une fausse membrane adhérente. Cicatrice écailleuse des deux tiers inférieurs de la cornée. Altération de la texture de l'iris, moins profonde en apparence dans sa partie supérieure. Amincissement et teinte bleuâtre de la sclérotique tout autour de la cornée avec élargissement des vaisseaux de la conjonctive, indiquant une désorganisation au moins commençante des membranes internes, et ne permettant de tenter l'opération de la pupille artificielle qu'avec probabilité et presque certitude d'un insuccès. — Obs. 170.



1



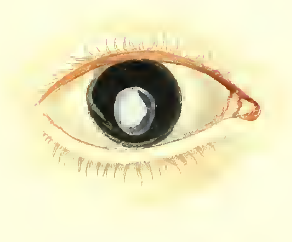
2



3



4



5



6

Emile Beau pinx^t *Oudet sc.*

J. B. Baillière, Libraire à Paris.



1 2



3 4



5 6

Emile Beau pinx.t Oudet sc.

J.B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. Geny Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE XLV.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDODIALYSIE (DÉCOLLEMENT DE L'IRIS).

Fig. 1. Même œil que celui de la figure 6 de la planche précédente. Pupille artificielle, telle que je voulais la pratiquer par le décollement de la partie supérieure et un peu interne de l'iris, la seule dans laquelle cette membrane ne parût pas encore entièrement désorganisée. Échec par suite de la désorganisation tout aussi complète en ce point que dans le reste de l'iris. — Même obs. 170.

Fig. 2. Cicatrice leucomateuse adhérente des deux tiers inférieurs de la cornée gauche, recouverte, dans sa partie inférieure, d'une vascularisation panniforme. Presque abolition de la chambre antérieure. Tentative de décollement de la partie supérieure externe de l'iris à l'aide d'instruments courbes. Établissement d'une pupille artificielle triangulaire très petite, placée en haut et en dehors. Fendillement irrégulier simultané de la partie inférieure externe de l'iris, causé par la tension des fibres de sa partie la plus adhérente. — Obs. 171.

Fig. 3. Cicatrice adhérente de la moitié inférieure de la cornée droite et staphylôme iridien linéaire, consécutifs à une extraction de cataracte pratiquée par un chirurgien célèbre. Pupille presque entièrement masquée par l'opacité cornéenne et remplie par une fausse membrane. Désorganisation de l'iris. Cornée fort petite. — Obs. 172.

Fig. 4. Même œil. Pupille artificielle, telle que je me proposais de la pratiquer, à la demande expresse de la malade, par le décollement de la partie supérieure et un peu interne de l'iris. — Même obs.

Fig. 5. Même œil. La pupille telle qu'elle est devenue réellement, et dont la partie externe est remplie par un dépôt de sang coagulé. Un petit staphylôme iridien s'est formé à l'extrémité interne de la ponction cornéenne. — Même obs.

Fig. 6. Cicatrice adhérente et vascularisée des deux tiers inférieurs de la cornée gauche qui est rapetissée. Semi-opacité du reste de cette membrane et désorganisation de l'iris, dont un limbe supérieur interne étroit présente seul un reste de texture normale. Opération pratiquée à la demande expresse du malade. L'iris ne se laisse décoller que dans le milieu du limbe indiqué; pupille artificielle très petite et semi-opaque. — Obs. 173.

PLANCHE XLVI.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR DECOLLEMENT (IRIDODIALYSIE).

Fig. 1. Oblitération de la pupille droite par une cicatrice leucomateuse, centrale, adhérente, de la cornée et une fausse membrane. Ophthalmie externe avec kératite panniforme partielle. Ectropion de la paupière inférieure, déjà notablement diminué par l'excision d'un bourrelet sarcomateux de la conjonctive palpébrale. — Obs. 174.

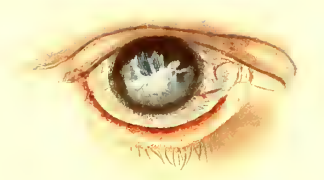
Fig. 2. Même œil. Deux pupilles artificielles pratiquées par décollement, l'une en haut et en dehors, divisée en deux par une bandelette pseudo-membraneuse et ne procurant qu'une vision insuffisante, l'autre en haut et en dedans, ayant pour résultat le rétablissement de la vue. Point de diplopie. Petit staphylôme iridien dans la ponction cornéenne de la seconde pupille artificielle. — Même obs.

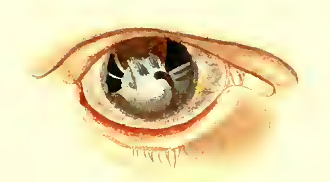
Fig. 3. Cicatrice leucomateuse épaisse, fortement adhérente, de l'œil droit. Presque abolition de la chambre antérieure et oblitération de la pupille. Ophthalmie et blépharite chroniques, suivies de madarosis presque complet (perte de la plupart des cils) et de la forme particulière du trichiasis partiel qu'on appelle d'ordinaire *distichiasis*. — Obs. 175.

Fig. 4. Même œil. Pupille artificielle, telle que je me proposais de l'établir par décollement, soit en haut et en dedans, soit, en cas d'échec, en haut et en dehors. A cause des adhérences trop fortes, il ne se forme qu'une très petite pupille d'environ deux millimètres de diamètre, à peu près comme dans la figure 6 de la planche XLV. — Même obs.

Fig. 5. Leucoma épais et fortement adhérent, occupant environ les deux tiers inférieurs de la cornée droite. Oblitération de la pupille. — Obs. 176.

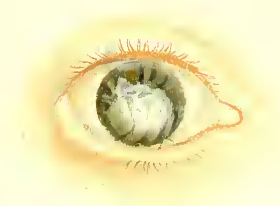
Fig. 6. Même œil. La partie supérieure interne de l'iris a été décollée, mais la pupille artificielle s'est bientôt oblitérée, et le leucoma s'est agrandi et vascularisé. — Même obs.











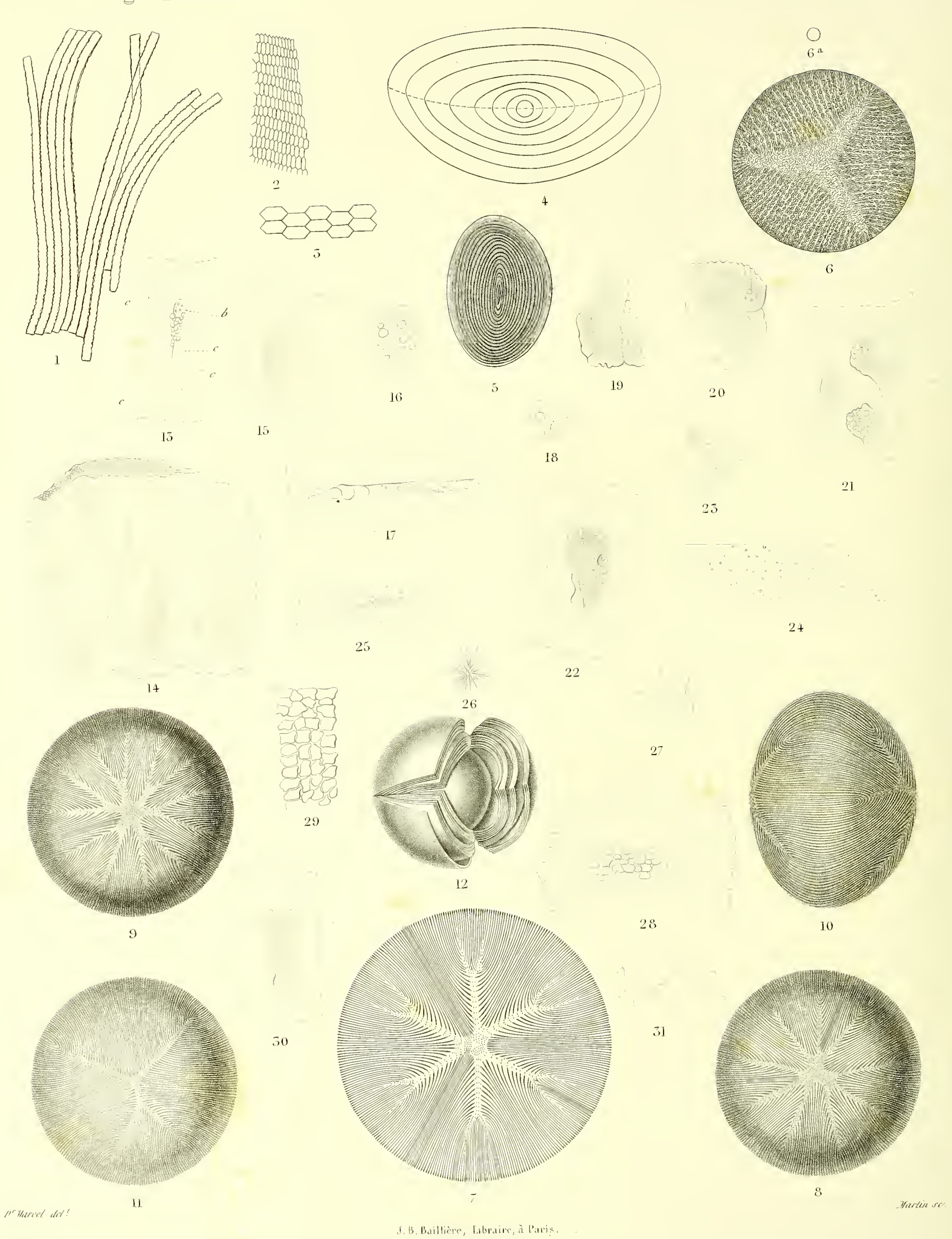


6

Emile Beau pinx.t   *sc.*

J. B. Baillière Libraire, à Paris.

R. J. Jacques 33



P.r Marcel del.t Martin sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

PLANCHE XLVII.

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'APPAREIL CRISTALLINIEN

Fig. 1 à 12. *Anatomie normale du cristallin.*

Fig. 1. Fibres cristalliniennes dentelées du bœuf, grossies 300 fois (439). D'après M. Koelliker.

Fig. 2. Coupe de ces fibres, du cristallin de l'homme, grossie 350 fois (439). D'après M. Koelliker.

Fig. 3. La même, grossie davantage (439). D'après M. Bruecke (439).

Fig. 4. Coupe théorique du cristallin humain, sur un plan qui passe par l'axe antéro-postérieur de ce corps (439). D'après M. Bruecke.

Fig. 5. Coupe verticale du cristallin humain, vue de profil, et grossie de trois fois et un quart (439). D'après M. Fr. Arnold. (Selon moi, ce cristallin est grossi d'au moins quatre fois.)

Fig. 6 à 11. Cristallins considérablement grossis, avec les plans centraux, les rayons et les ogives de leurs deux faces (440, 441).

Fig. 6. Face antérieure du cristallin d'un fœtus, avec ses trois plans centraux (440). D'après M. Fr. Arnold.

Fig. 6 *a*. Grandeur naturelle.

Fig. 6. Grossissement considérable.

Fig. 7. Cristallin d'un adulte, avec un plan central à trois branches terminées chacune par deux rayons (440). D'après M. Bruecke.

Fig. 8. Cristallin d'un adulte, offrant à sa face antérieure neuf rayons, qui s'insèrent trois par trois aux trois branches du plan central (440). D'après M. Arnold.

Fig. 9. Face postérieure du cristallin d'un adulte, avec un plan central à six branches, dont chacune se termine par deux rayons. D'apres M. Arnold (440).

Fig. 10. Profil du cristallin d'un enfant, montrant à droite la face postérieure avec quatre rayons (440), ou plutôt avec trois rayons dont l'un s'est bifurqué. D'après M. Arnold.

Fig. 11. Face antérieure du cristallin d'un nouveau-né, avec trois rayons, dont l'inférieur s'est bifurqué (440). D'après M. Arnold.

Fig. 12. Cristallin déhiscent, offrant trois fragments triangulaires à base courbe, et montrant ses feuillets qui s'emboîtent les uns les autres (440, 441). Le noyau n'est pas encore déhiscent. Grossissement considérable. D'après M. Arnold

Fig. 13 à 31. *Éléments micrographiques de cataractes lenticulaires extraites par moi sur le vivant.* Dessins et recherches microscopiques du docteur Marcel (de Lausanne), tirés de sa Thèse inaugurale inédite.

Fig. 13 et 14. (Grossissement 250 diamètres.) Fig. 15. (Grossissement 170 diamètres.) Cataracte lenticulaire dure. — Obs. 95 *a*.

Fig. 16. Cataracte lenticulaire dure. — Obs. 95 *b*.

Fig. 17. (Grossissement 500 diamètres.) Cataracte dure, presque noire. — Obs. 95 *c*.

Fig. 18. (Grossissement 500 diamètres.) Cataracte lenticulaire demi-molle commençante. —Obs. 95 *d*.

Fig. 19. (Grossissement 170 diamètres.) Fig. 20. (Grossissement 250 diamètres.) Cataracte demi-dure. — Obs. 95 *e*.

Fig. 21, 22, 23. (Grossissement 250 diamètres.) Cataracte lenticulaire demi-dure. — Obs. 95 *f*.

Fig. 24 à 27. (Grossissement 500 diamètres.) Cataracte lenticulaire demi-dure. — Obs. 95 *g*.

Fig. 28 et 30. (Grossissement 500 diamètres.) Cataracte lenticulaire demi-dure. — Obs. 95 *h*.

Fig. 29. (D'après Werneck.) Éléments micrographiques du cristallin du coq de bruyères (*Tetrao Urogallus* L.), copiés par M. Marcel, à cause de la ressemblance entre cette figure et la figure 28.

Fig. 31. Noyau demi-dur d'une cataracte lenticulaire demi-dure. — Obs. 95 *i*. (Pour la suite de cette observation, voy. planche LII, figure 1.)

PLANCHE XLVIII.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OCULAIRE : ATROPHIE DU GLOBE ET OSSIFICATION DE SES PARTIES.
HYDROPISIE SOUS-CHOROÏDIENNE.

Fig. 1. Fausse membrane tapissant la surface postérieure de l'iris et obstruant la pupille. Cristallin ossifié, ou plutôt pétrifié, entouré de sa capsule épaissie et encore semi-transparente. Cartilaginification du corps vitré et ossification de la rétine. — Obs. 177.

Fig. 2 à 6 *a*. Dissection de l'œil gauche d'un homme mort d'une maladie du cœur accompagnée d'anasarque de tout le côté gauche. Infiltration et épaississement de la conjonctive. Atrophie de la coque oculaire. Désorganisation et adhérence de l'iris. Hydropisie sous-choroïdienne. — Obs. 178.

Fig. 2. Hémisphère antérieur du globe disséqué et vu par sa surface antérieure convexe. Phthisie de la cornée. Épaississement de la conjonctive et infiltration du tissu cellulaire sous-conjonctival.

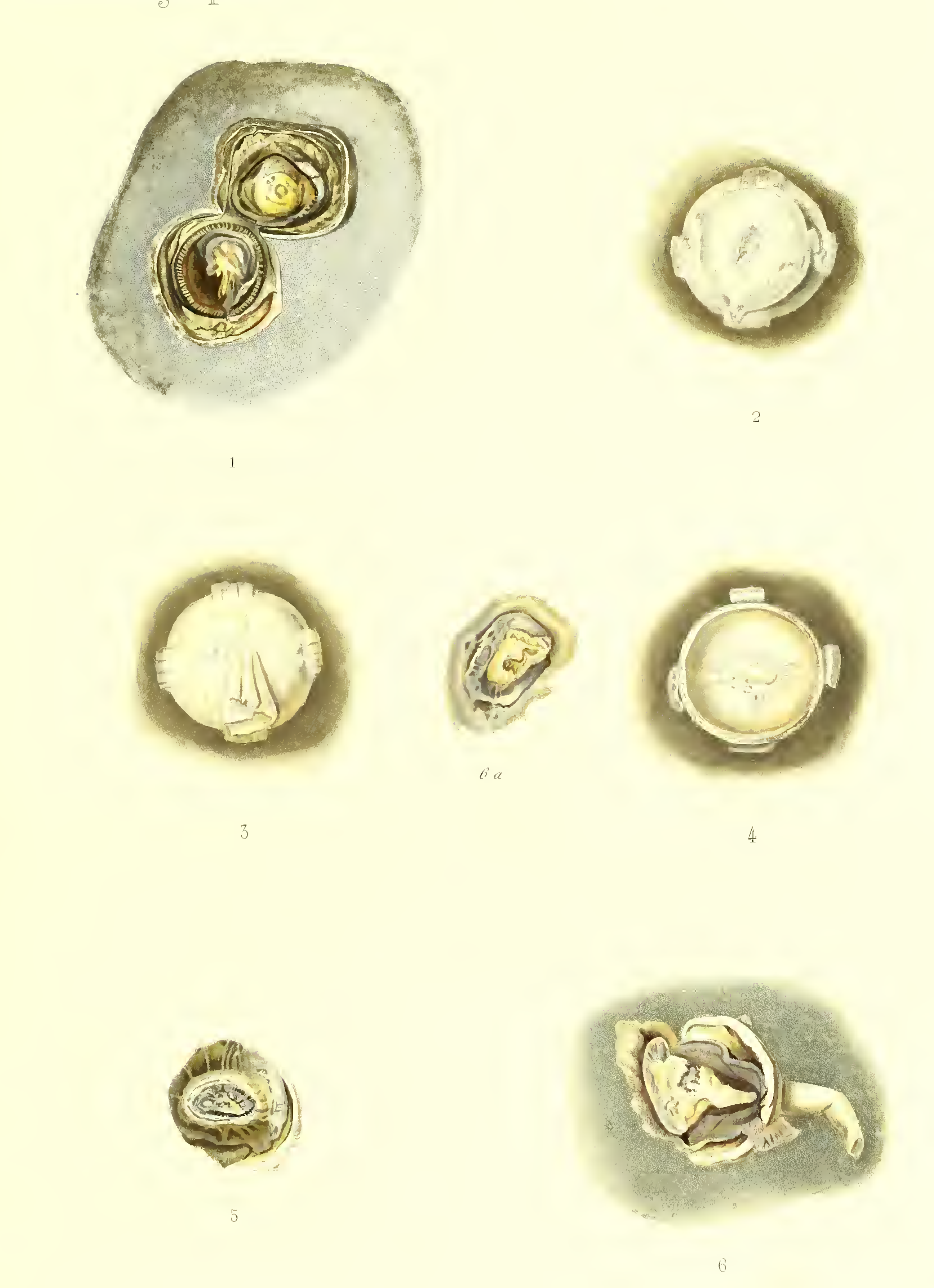
Fig. 3. Le même, dans la même position. La conjonctive, détachée et plissée sur elle-même, pend au-devant du milieu de la moitié inférieure de la pièce.

Fig. 4. Le même, vu par sa face postérieure concave, pour faire voir la cornée, devenue opaque et entourée de plis rayonnants de la sclérotique. — Dans les figures 2 à 4, on voit la partie antérieure des quatre muscles droits avec leurs tendons et leur insertion à la sclérotique.

Fig. 5. Hémisphère postérieur du globe, avec l'iris désorganisé portant des débris adhérents de la cornée, et la choroïde incisée à sa circonférence, recouverte à droite d'une fausse membrane.

Fig. 6. Même pièce, vue de profil après l'ablation du côté externe de la sclérotique et de la choroïde. Nerf optique infiltré ; sclérotique épaissie sur sa coupe et séparée de la choroïde. Entre celle-ci et la rétine, une cavité considérable, d'où un liquide séreux, jaune, s'est écoulé en assez grande quantité lors de l'incision de la choroïde. Rétine comprimée en forme de cône, dont le sommet correspond à l'entrée du nerf optique, et dont la base adhère à une fausse membrane qui tapisse toute la face postérieure de l'iris. Le cône rétinien s'est déchiré au milieu, par suite d'un tiraillement de la pièce pendant la dissection.

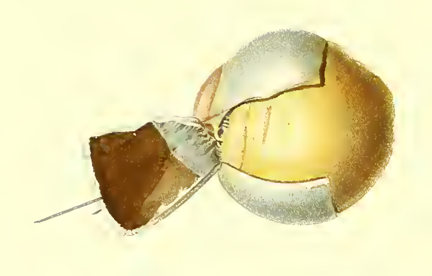
Fig. 6 *a* En divisant avec des ciseaux la choroïde et le cône rétinien à l'endroit de sa déchirure, on a détaché toute la partie antérieure de celui-ci, avec celle de la choroïde et l'iris. On les voit ici par leur face postérieure et sur la coupe du cône rétinien.



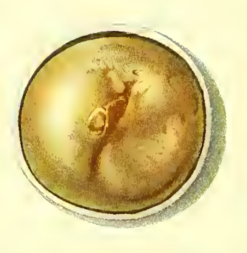
Emile Beau pinx.t *Oudet sc.*

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny-Gros, r. St Jacques 33



1



2



5



3

4

Emile Beau pinx.t

J.B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. ... R. S. Jacqu...

PLANCHE XLIX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ÉPANCHEMENTS PLASTIQUES DANS LA CAVITÉ DE LA COQUE OCULAIRE.

Toutes les figures de cette planche sont dessinées d'après des pièces pathologiques trouvées sur des sujets qui n'avaient pas été observés pendant la vie.

Fig. 1-3. Épanchement plastique de matière jaunâtre, probablement du pus concrété, remplissant toute la cavité choroïdienne et la chambre antérieure, et ayant décollé et comprimé la rétine. — Obs. 179.

Fig. 1. La pièce vue de côté : Une portion de la sclérotique et de la choroïde est détachée et maintenue par une érigne.

Fig. 2. La pièce vue par derrière, après l'ablation de l'hémisphère postérieur de la coque oculaire. Au centre, on voit le nerf optique coupé au point où il traversait la sclérotique et la choroïde.

Fig. 3. La pièce vue sur une coupe verticale, menée par la jonction des hémisphères antérieur et postérieur. On distingue au centre la rétine décollée, comprimée et plissée.

Fig. 4. Épanchement sous-choroïdien de matière concrétée, probablement du pus. La coque oculaire, atrophiée, sinueuse dans ses contours, est ouverte par l'ablation d'une de ses moitiés latérales, de sorte qu'on voit l'intérieur de l'autre moitié. Rétine comprimée en forme de cône mince, traversant l'épanchement d'arrière en avant, où elle s'insère à une fausse membrane tapissant la face postérieure de l'iris. — Obs. 180.

Fig. 5. Quart inférieur postérieur de la coque oculaire d'un cheval, avec le nerf optique. Cavité choroïdienne large d'où s'est écoulée une quantité considérable d'un liquide rouge jaunâtre. La rétine, complétement décollée et refoulée en avant, a été enlevée. Le nerf optique, après avoir traversé la coque oculaire, présente un prolongement recouvert de fibro-albumine qui, des deux côtés, s'épanouit en une masse lobulée, rosée, un peu teintée de gris ardoisé par l'empreinte du pigment choroïdien. Sur la choroïde et le corps ciliaire, également refoulés en avant par l'épanchement, est déposée une masse exsudative très large, ressemblant à de l'encéphaloïde par sa surface lobulée et sa couleur blanc rougeâtre, un peu jaunie, par suite du séjour dans l'alcool, à l'époque où la pièce a été peinte. — Obs. 181.

PLANCHE L.

ÉPANCHEMENT INTRA-OCULAIRE. HYDROPHTHALMIE.

Fig. 1. Épanchement purulent dans la cavité choroïdienne, survenu sur un lapin à la suite de l'extraction du cristallin. L'hémisphère postérieur du globe oculaire a été enlevé; on voit la cornée et la sclérotique par leur face postérieure, l'iris et la choroïde par leur face antérieure. Le pus est visible dans la pupille et à la partie de la concavité cornéenne qui correspond à cette ouverture, ainsi que dans un point près de la section de la choroïde. Cette membrane est recouverte au dehors d'une couche mince, blanchâtre, de matière exsudative.— Pièce anatomique. — Obs. 182.

Fig. 2-3. Hydrophthalmie de l'œil gauche consécutive à une choroïdite chronique. Amincissement et teinte ardoisée de la sclérotique. Commencement de staphylôme du corps ciliaire, près du bord cornéen supérieur. Cicatrice de la cornée placée en face de la partie inférieure externe de la pupille. — Obs. 183.

Fig. 2. L'œil vu de face, à une période moins avancée de la maladie.

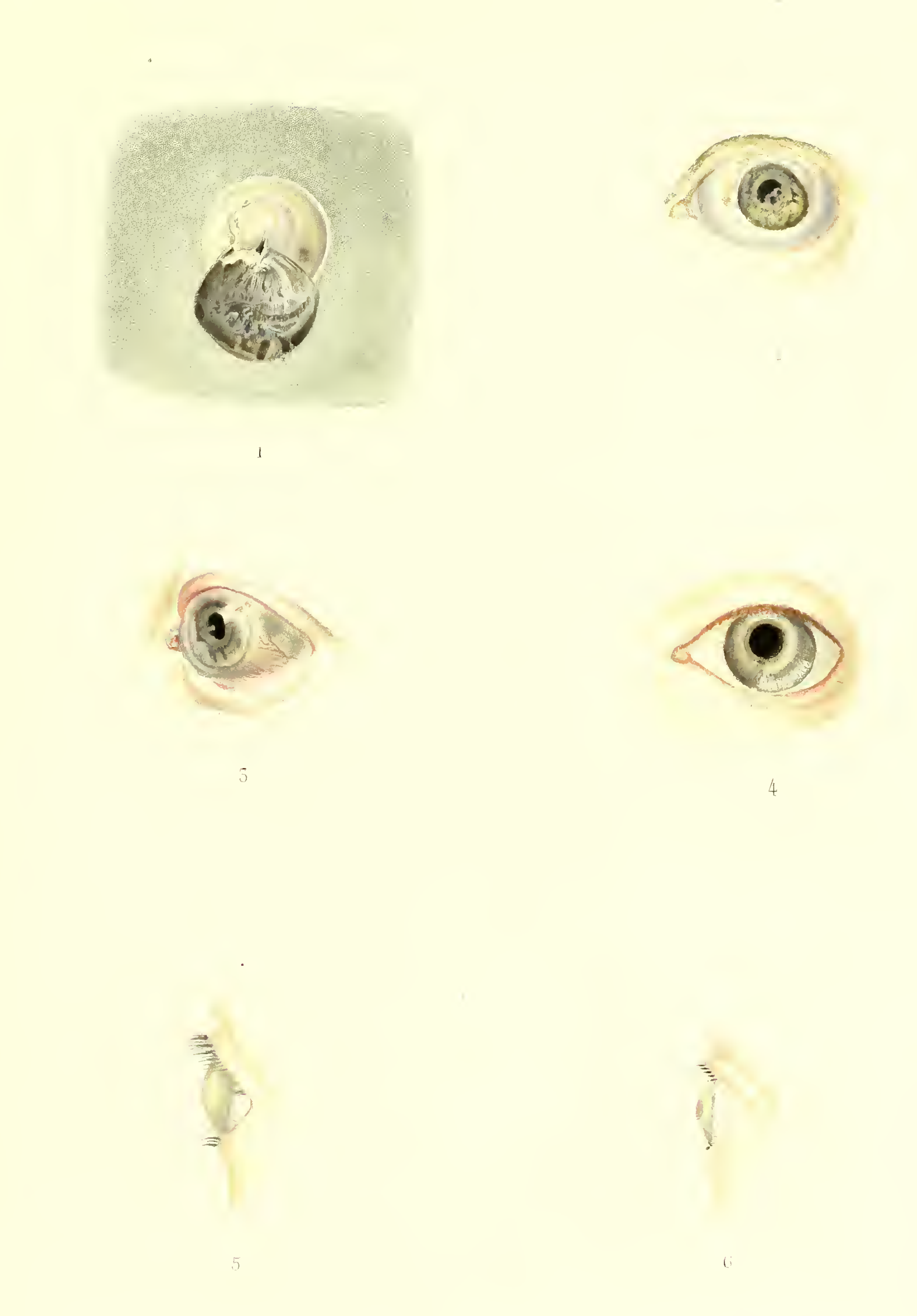
Fig. 3. L'œil vu de trois-quarts, à une période plus avancée de la maladie. Des pinceaux de vaisseaux dilatés se rendent de la partie inférieure externe de la conjonctive vers le bord cornéen.

Fig. 4-5. Hydrophthalmie de l'œil gauche, d'origine inconnue et sans traces bien prononcées d'ophthalmie interne actuelle ou antérieure. — Obs. 184.

Fig. 4. L'œil vu de face.

Fig. 5. L'œil vu de profil.

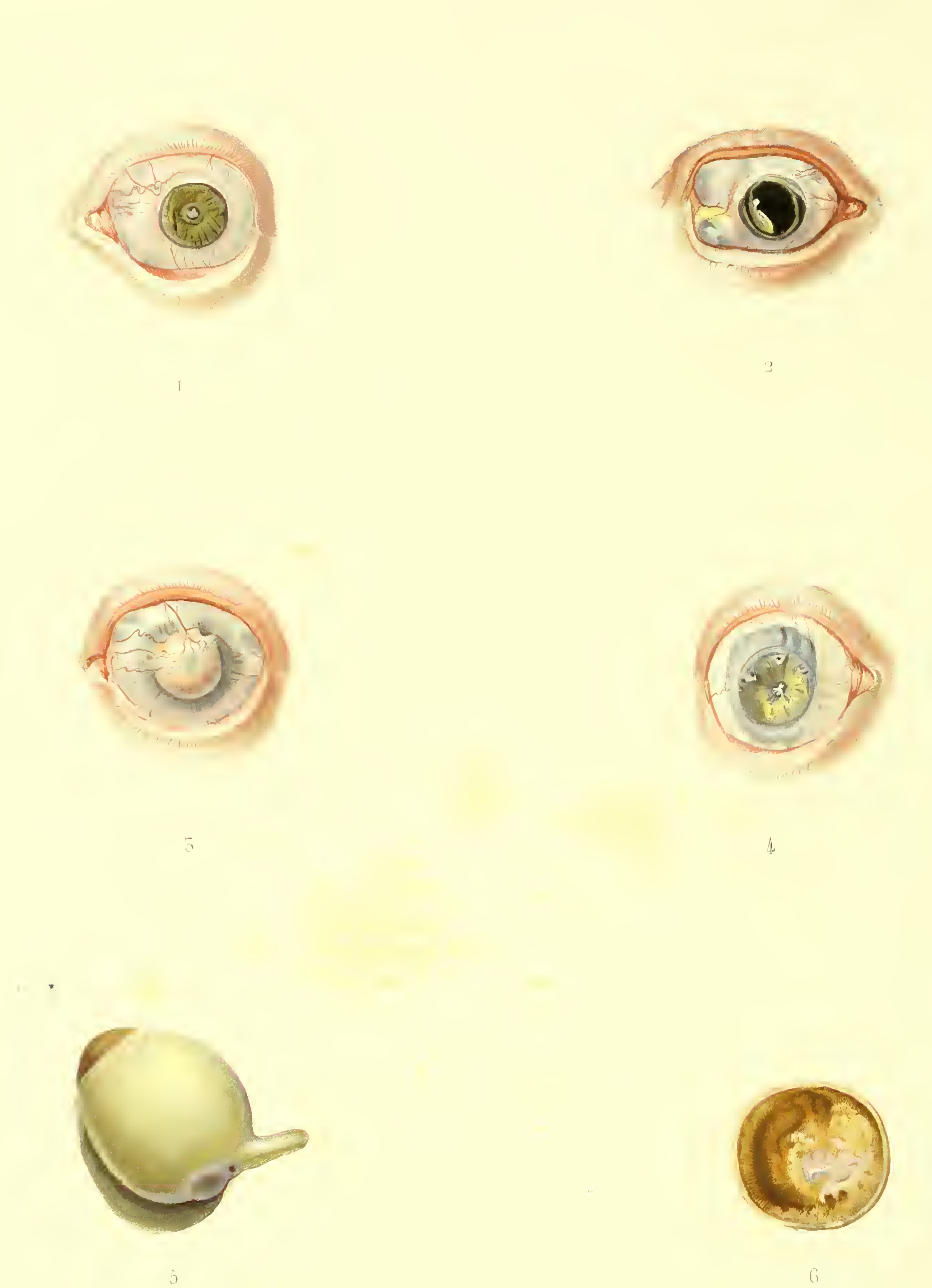
Fig. 6. Profil de l'œil gauche sain d'un autre individu du même âge et de la même taille, destiné à faire ressortir l'augmentation de volume de l'œil hydrophthalmique de la figure précédente.



Emile Beau pinx.t Oudet sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33



1 2 3 4 5 6

... Beau pin.

J. B. Baillière, Libraire à Paris

PLANCHE LI.

STAPHYLÔMES CHOROÏDIENS ET CILIAIRES.

Fig. 1. Désorganisation de l'iris gauche. Pupille rétrécie, remplie par une fausse membrane grisâtre, adhérente et recouverte, à sa circonférence, de bandelettes pigmenteuses. Staphylômes choroïdiens antérieurs nombreux, mais peu développés. Vaisseaux conjonctivaux dilatés et flexueux. — Obs. 185.

Fig. 2. Amaurose complète de l'œil droit, symptomatique de la désorganisation des membranes internes et consécutive à leur phlegmasie qui a été causée par l'abaissement d'une cataracte. Dilatation et immobilité complètes de la pupille au bord externe de laquelle adhère un large lambeau de cataracte capsulaire secondaire. Désorganisation de l'iris. Staphylômes choroïdiens antérieurs et staphylôme ciliaire commençants sur le côté interne ; deux staphylômes choroïdiens très volumineux sur le côté externe de l'hémisphère oculaire antérieur. Teinte jaunâtre du sillon entre ces deux derniers staphylômes. Vaisseaux conjonctivaux dilatés. — Obs. 186.

Fig. 3. Staphylôme cornéen, ou plutôt cornéo-iridien, vascularisé, de l'œil gauche. Nombreux staphylômes choroïdiens antérieurs incomplets et staphylôme ciliaire ardoisé complet, c'est-à-dire annulaire, mais assez aplati, presque uniforme, sans bosselures moniliformes. Vaisseaux conjonctivaux dilatés et flexueux. — Obs. 187.

Fig. 4. Œil droit affecté de staphylôme ciliaire bleuâtre, annulaire, saillant, lobulé, moniliforme, un peu interrompu sur le côté interne. Iris bombé et un peu froncé. Pupille rétrécie, irrégulière, remplie par une fausse membrane blanche, adhérente, recouverte à sa circonférence de bandelettes pigmenteuses. Transformation gris ardoisé des parties supérieure et interne de la cornée dans le voisinage du staphylôme ciliaire. Vaisseaux conjonctivaux peu dilatés. — Obs. 188.

Fig. 5 et 6. Staphylôme postérieur de la choroïde de l'œil gauche. Pièce anatomique. — Obs. 189.

Fig. 5. Globe oculaire extrait de l'orbite et dépouillé de toutes ses parties accessoires et environnantes. Coque oculaire allongée d'arrière en avant, ovoïde. Staphylôme choroïdien volumineux, placé sur le côté externe de l'entrée du nerf optique, au centre de l'hémisphère oculaire postérieur ; autre staphylôme beaucoup moins prononcé sur le côté interne. Toute la coque oculaire est un peu racornie, jaunâtre, un retard du dessinateur ayant permis aux tissus de subir un commencement de dessiccation.

Fig. 6. Hémisphère postérieur vu par sa face antérieure concave, après l'ablation de l'hémisphère antérieur et du corps vitré. Choroïde et rétine amincies, adhérentes, semi-transparentes dans leur partie centrale et inférieure externe correspondante au siége du staphylôme choroïdien principal. La papille du nerf optique a une teinte rose; la partie voisine de la rétine, adhérente et amincie, est blanc bleuâtre, avec un éclat nacré ou métallique. La couche pigmenteuse de la choroïde, mince et d'un brun clair partout ailleurs, manque entièrement dans la partie adhérente de cette membrane.

Cette figure et toutes celles de la planche LIII sont d'une grande importance pour l'explication des phénomènes que l'ophthalmoscope fait reconnaître dans les choroïdites postérieures anciennes.

PLANCHE LII.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'APPAREIL CRISTALLINIEN ET DE LA CORNÉE.

Fig. 1-25, sauf 2 à 5. Éléments microscopiques de cataractes lenticulaires extraites par l'auteur. Dessins et observations micrographiques de M. le docteur Marcel. Voyez §§ 458 à 466, p. 303 à 317, obs. 95, *a* à 95; *q*.

Fig. 2-5. Éléments microscopiques d'une cataracte lenticulaire demi-dure extraite par l'auteur. Dessin et observation micrographique de M. le docteur Frerichs. Voyez § 462, p. 308, obs. 95, *j*.

Fig. 26-31. Anatomie microscopique normale et pathologique de l'appareil cristallinien. Dessins et observations micrographiques de M. le docteur Gros (de Moscou). Voyez § 448, p. 297 à 299, et § 467, p. 318 et suiv., obs. 95, *s*.

Fig. 32. Coupe, douze fois grossie, des membranes oculaires dans la région des procès ciliaires, copiée d'après le dessin de M. Koelliker (*Mikroskopische Anatomie*, t. II, 2e moitié, Leipzig, 1854, p. 609, fig. 380), qui lui-même l'a empruntée, pour la plus grande partie, à M. Bowman (*Lectures on the parts concerned in the operations on the eye*, London, 1849, p. 52, fig. 10). (Comparez pl. IV, fig. 1 et 4 à 6, §§ 183 et suiv., p. 137 et suiv.)

C. a. Chambre antérieure. — *C. p.* Chambre postérieure. — *L.* Lentille ou cristallin. — *C. P.* Canal de Petit. — *C. v.* Corps vitré.

Scl. Sclérotique, distinguée de la cornée, dans le dessin, par sa teinte plus foncée et ses fibres entrecroisées formant des mailles rhomboïdales.

C. Cornée, distinguée de la sclérotique, dans le dessin, par sa teinte plus claire et ses fibres interrompues, parallèles, non entrecroisées. Elle s'étend verticalement depuis *a*, son épithélium, jusqu'à *e*, celui de la membrane de Descemet, et longitudinalement jusqu'à la sclérotique.

a, b. Conjonctive cornéenne. — *a.* Son épithélium se continuant en arrière dans celui de la conjonctive sclérienne. — *b.* Lame homogène au-dessous de l'épithélium, se continuant en arrière dans celle de la conjonctive sclérienne, *x*.

c. Couche des fibres de la cornée.

d. Membrane de Descemet (membrane de l'humeur aqueuse ou de Demours).

e. Son épithélium, qui, dans le dessin, est limité en arrière, du côté de la chambre antérieure, par une ligne ponctuée.

Entre *x* et la sclérotique, on voit le tissu cellulaire sous-conjonctival ou sus-sclérien, dans l'épaisseur duquel rampe une artère dont les rameaux pénètrent dans la sclérotique. Une seconde artère se trouve plus en bas et en arrière, dans l'épaisseur de cette dernière membrane.

f. Terminaison de la membrane de l'humeur aqueuse, et sa transition en des fibres particulières, *g* (formant, dans le dessin, une couche épaisse plus foncée), fibres qui, en *i*, se continuent avec l'iris, dont elles forment le ligament pectiné.

h. Canal de Schlemm.

k, k, k, k. Muscle ciliaire ou tenseur de la choroïde, prenant son origine de la paroi interne, *l*, du canal de Schlemm. (Par une erreur du graveur, le trait fin partant de la lettre *l* n'a pas été prolongé, comme il devait l'être, jusqu'à la circonférence de ce canal.)

P. c. Procès ciliaires.

m. Couche pigmenteuse des procès ciliaires se continuant dans celle de l'iris, *n*.

I. Iris.

o. Couches des fibres de l'iris.

p. Épithélium de l'iris, indiqué par des points.

q. Paroi antérieure de la capsule cristallinienne.

z, z. Sa paroi postérieure.

s, Son épithélium, indiqué par des points.

t. Zonule de Zinn (§§ 192, 207, 292, 437, note 1), partie antérieure, épaissie, de l'hyaloïde.

u. Feuillet antérieur libre de la zonule (zonule proprement dite), s'insérant au bord de l'appareil cristallinien.

v. Feuillet postérieur de la zonule, s'insérant à la paroi postérieure de la capsule lenticulaire et se fondant avec elle.

w. Épithélium incolore des procès ciliaires, ou partie ciliaire de la rétine.

w'. Terminaison antérieure de cet épithélium.

Fig. 33-37. Éléments de staphylômes cornéens et iridiens, formant le complément des planches XXX, XXXI et XXXII, fig. 1, 2. — Obs. 125, *a*, *b*.



Drs Frerichs, Gros, Marcel del.

J. B. Baillière Libraire, à Paris.

Martin sc.



Emile Beau pinx.t   *Oudet sc.*

J.B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33

PLANCHE LIII.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU STAPHYLÔME POSTÉRIEUR DE LA CHOROÏDE.

(Voyez la fin de l'explication de la fig. 6, pl. LI.)

Fig. 1-3. Staphylôme choroïdien postérieur volumineux, disséqué. Le globe oculaire, extrait de l'orbite, a été dépouillé de toutes ses parties accessoires. L'hémisphère antérieur ayant été enlevé avec l'appareil cristallinien et le corps vitré, il ne reste que l'hémisphère postérieur de la coque oculaire. — Obs. 190.

Fig. 1. La pièce placée sur un fond opaque et vue par sa face postérieure convexe. Le staphylôme, par suite de l'affaissement des membranes oculaires, se présente sous la forme d'une large dépression ovalaire ridée et bleuâtre.

Fig. 2. La pièce tenue entre la lumière et l'œil de l'observateur, vue par sa face antérieure concave. On distingue la choroïde à travers la rétine. Le staphylôme se montre, dans sa moitié gauche, d'un brun foncé, et, dans sa moitié droite, comme une tache irrégulièrement allongée, jaunâtre, semi-transparente, indiquant l'adhérence et l'amincissement des membranes.

Fig. 3. La pièce placée sur un fond opaque, et également vue par sa face antérieure concave. La rétine, adhérente à la choroïde dans toute l'étendue de la tache jaunâtre et irrégulièrement allongée, est grisâtre dans la partie gauche du staphylôme, et parsemée, dans toute la partie envahie par ce dernier, de petites taches mélanotiques d'une teinte ardoisée bleuâtre.

Fig. 4. Staphylôme choroïdien postérieur d'un autre œil. Hémisphère postérieur vu dans les mêmes conditions et dans la même position que la figure précédente. Dans presque toute l'étendue du staphylôme, la rétine, adhérente à la choroïde, est d'un blanc sale en partie jaunâtre, montrant de petites taches noir brunâtre qui siègent sur des portions de la choroïde dépouillées de pigment et blanches, ainsi qu'on peut le voir sur le côté droit de la pièce, où la choroïde est mise à nu par la dissection. — Obs. 191.

Fig. 5. Large staphylôme choroïdien postérieur, ou plutôt deux staphylômes choroïdiens postérieurs confondus en un seul. La coque oculaire, ouverte, est partagée en quatre lambeaux ; l'appareil cristallinien et le corps vitré ont été enlevés. La rétine, ici non adhérente, a été détachée et plissée en forme de cône s'insérant par le sommet à la papille du nerf optique. La choroïde, dans sa partie non envahie par les staphylômes, est normale, sauf l'absence de pigment en beaucoup d'endroits. Dans l'étendue circulaire des deux staphylômes, elle est adhérente à la sclérotique, amincie, en grande partie privée de son pigment. Au centre de cette étendue circulaire, il y a une petite aire ellipsoïde, blanche et presque partout dépouillée du pigment, lequel, en revanche, s'est accumulé çà et là en forme de taches brunes, foncées. La papille du nerf optique montre deux lunules blanchâtres, à bord linéaire formé de pigment très clair; elle présente quelquefois cet aspect à l'examen ophthalmoscopique dans les choroïdites postérieures anciennes. La pièce et ce dessin ont été présentés à la Société anatomique. (Voyez ses *Bulletins*, 9e année, p. 153.) — Obs. 192.

PLANCHE LIV.

MÉLANOSE DU GLOBE OCULAIRE ET DE L'ORBITE.

Fig. 1. Mélanose superficielle de la sclérotique; pièce anatomique prise sur un enfant mort de tumeurs mélaniques du cerveau. La pièce est vue par derrière. La gaîne du nerf optique, incisée, montre une tache mélanique à sa face interne. — Obs. 193.

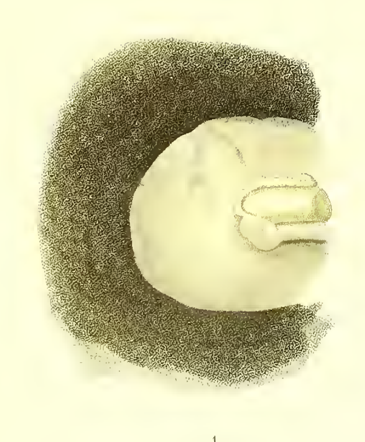
Fig. 2. Une des tumeurs cérébrales mélaniques du même sujet, divisée en deux parties et placée sur la coupe. — Même obs.

Fig. 3. Mélanose commençante de l'intérieur du globe oculaire gauche, vue par l'ouverture pupillaire, sur le vivant. — Obs. 194.

Fig. 4. Mélanose du globe oculaire gauche, entrant dans sa dernière période. Une partie de la tumeur, après avoir traversé la sclérotique, est encore recouverte par la conjonctive vascularisée. Dessin pris sur le vivant. — Obs. 195.

Fig. 5. Mélanose de toute la cavité choroïdienne. Pièce anatomique ouverte par une section longitudinale; le dessin n'est terminé que dans sa moitié droite. — Obs. 196.

Fig. 6. Mélanose de l'orbite ayant succédé à une mélanose cancéreuse du globe oculaire droit, qui a nécessité l'extirpation de cet organe. La tumeur distend fortement la partie externe de la paupière supérieure, et se manifeste par une teinte ardoisée bleuâtre assez foncée de ce voile membraneux. Dessin pris sur le vivant— Obs. 197.

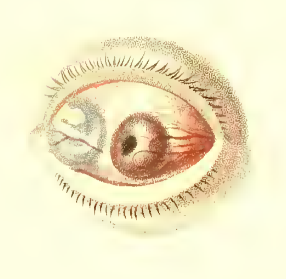

1


2


5


6


3


4

pinx.   Martin

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33



Marten sc.
Paris.

PLANCHE LV.

CANCER ET MÉLANOSE DU GLOBE ET DE L'ORBITE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Dessins communiqués par M. le docteur Lebert.)

Fig. 1. Cancer du globe oculaire; selon moi, encéphaloïde de la rétine entrant dans sa dernière période, mais n'ayant pas encore traversé la partie antérieure de la coque oculaire. Pièce dessinée après l'extirpation et vue sur une coupe passant par le plan vertical antéro-postérieur. — Obs. 198.

Fig. 2-3. Éléments microscopiques de ce même cancer. — Même obs.

Fig. 4. Cancer mélanique de l'orbite extirpé avec le globe oculaire. Épanchement sous-choroïdien séro-sanguinolent. — Obs. 199.

Fig. 5-7. Éléments microscopiques du même cancer mélanique. — Même obs.

Fig. 8-10. Éléments microscopiques de trois cancers mélaniques, dont l'un avait eu son siége aux grandes lèvres, l'autre dans la peau, et le troisième dans l'œil.

PLANCHE LVI.

ALTÉRATIONS ORGANIQUES ET ENCÉPHALOÏDE DE LA RÉTINE.

Fig. 1 et 2. On a essayé de figurer ici l'opacité luisante et chatoyante que la rétine présente par suite d'altérations organiques de différente nature, aspect que Beer a désigné sous le nom d'*œil de chat amaurotique*. Ces dessins ne donnent qu'une idée fort incomplète de l'affection.

Fig. 1. Altération de la rétine gauche, consécutive à une lésion traumatique, et consistant probablement dans son décollement et son opacification par un épanchement sous-choroïdien. — Obs. 200.

Fig. 2. Altération de la rétine gauche, semblable à la précédente et également consécutive à une lésion traumatique. — Obs. 201.

Fig. 4. Choroïdite chronique gauche, suivie de distension de la choroïde et de la sclérotique, de staphylômes choroïdiens et ciliaires encore circonscrits, de dilatation des vaisseaux superficiels du globe, d'amaurose avec désorganisation et rétraction presque complète de l'iris, et finalement d'opacité jaune et chatoyante du fond de l'œil due probablement au décollement et à la désorganisation de la rétine par suite d'un épanchement sous-choroïdien.

Ici le reflet jaune du fond de l'œil est rendu aussi parfaitement que possible. — Obs. 202.

Fig. 3. Tumeur de la papille du nerf optique et de la partie postérieure de la rétine. Pièce anatomique. — Obs. 203.

Fig. 5. Encéphaloïde de la rétine droite à sa dernière période. Distension du globe et augmentation de son volume, dilatation des vaisseaux superficiels, teinte bleuâtre de la partie centrale de la sclérotique, cornée presque entièrement détruite et traversée par un champignon fongueux commençant à fournir des hémorrhagies. — Obs. 204.

Fig. 6. Le même encéphaloïde après l'extirpation du globe, et l'ablation de l'une de ses moitiés par une section verticale menée par son diamètre antéro-postérieur. La plus grande partie du nerf optique a été enlevée avec le globe lors de l'extirpation. Cancer en tout semblable à celui représenté pl. LV, fig. 1.



1



2



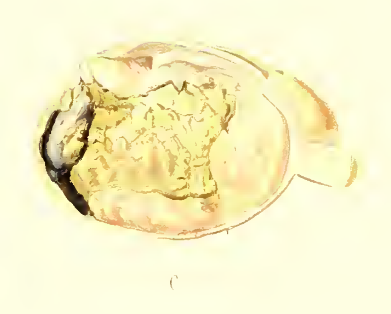
4



3



5



6

J. B. Baillière, Libraire à Paris
Imp. Gény-Gros R. S. Jacques 33

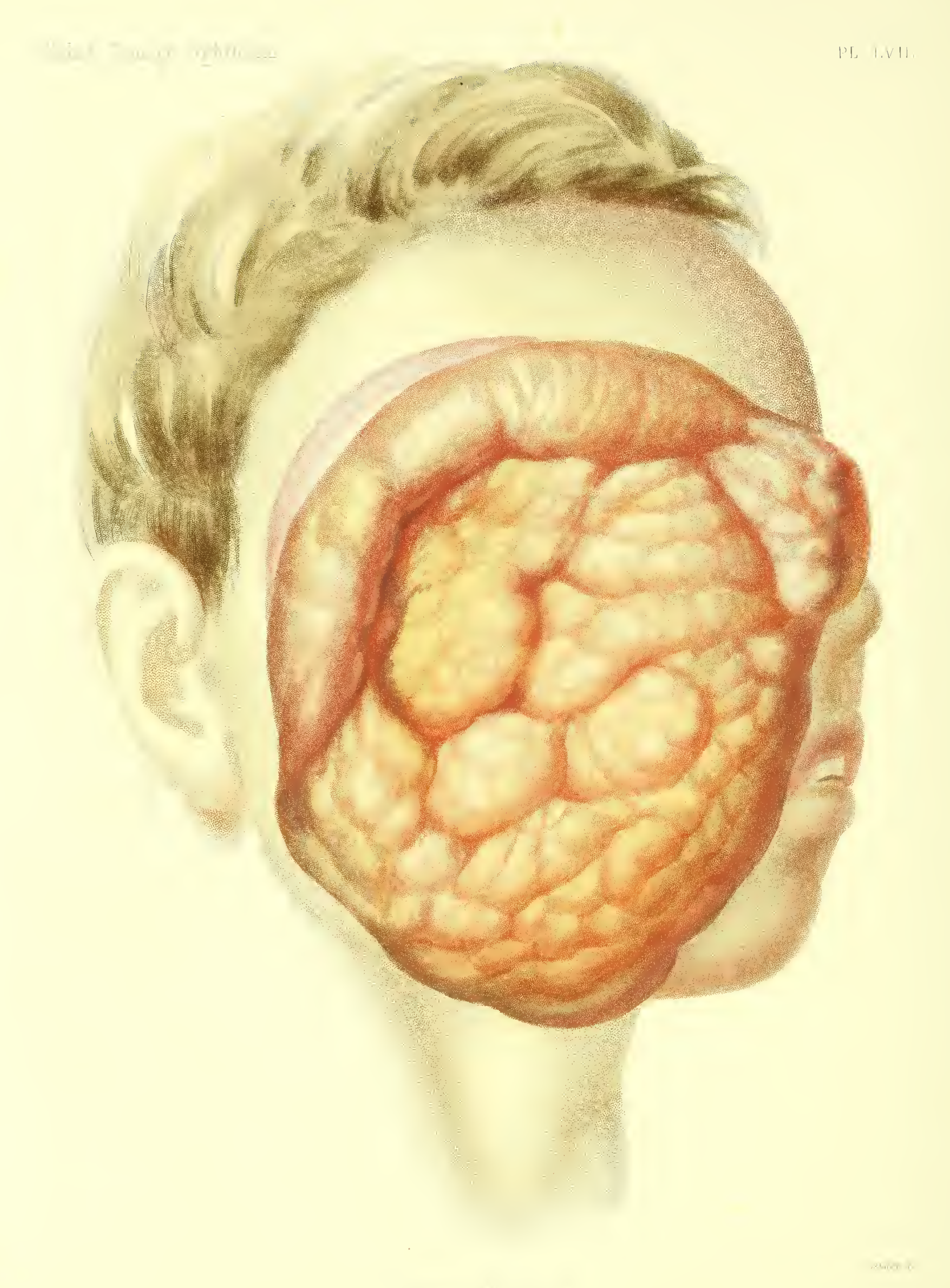


PLANCHE LVII.

ENCÉPHALOÏDE DE L'ORBITE, A L'ÉTAT DE TUMEUR FONGUEUSE.

Fig. 1. L'œil malade de l'enfant, qui fait le sujet des deux dernières figures de la planche précédente, a été extirpé à la demande expresse des parents. La maladie a récidivé sous la forme d'un fongus cancéreux qui, peu de temps avant la mort, offrait l'aspect représenté dans ce dessin. — Même obs. 204.

PLANCHE LVIII.

TUMEURS SANGUINES DE LA CONJONCTIVE ET DE LA CORNÉE.

Fig. 1. Fongosité de la cornée gauche, consécutive à une kératite panniforme lymphatique accompagnée d'épanchement interlamellaire et d'ulcération centrale. — Obs. 205.

Fig. 2. Même œil, quelque temps après l'ablation de la fongosité. — Celle-ci, nourrie par une couronne vasculaire qui lui envoie des ramuscules, commence à repulluler et exige la cautérisation. — Même obs.

Fig. 3. Tumeur sanguine de la cornée gauche, consécutive à une kératite lymphatique panniforme. — Obs. 206.

Fig. 4. La même tumeur, modifiée dans sa forme, son volume et sa consistance par un traitement pharmaceutique. — Même obs.

Fig. 5. Même œil, après l'ablation de la tumeur par l'instrument tranchant. — On voit au centre l'ulcération d'où la fongosité a pris naissance, entourée d'une cicatrice vascularisée par l'injection panniforme de la cornée. — Même obs.

Fig. 6. Tumeur sanguine de la conjonctive palpébrale supérieure gauche, appliquée seulement contre la surface antérieure du globe sans y adhérer ; des bandes blanchâtres, comme tendineuses, divisent la tumeur en plusieurs lobes. — Obs. 207.



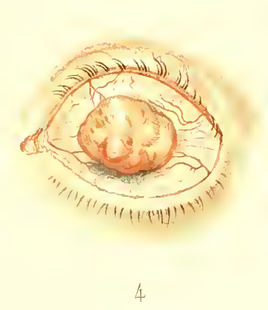
1



2



3



4

5



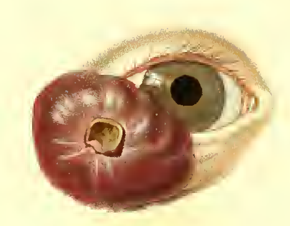
6

Emile Beau pinx^t

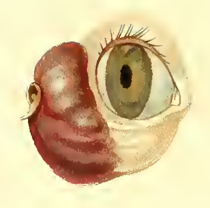
Vielo sc.

J.B. Baillière Libraire, à Paris

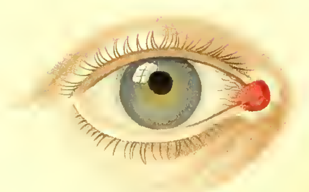
Imp. Lemercier R. St Jacques 33



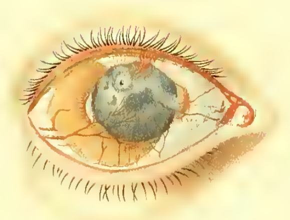
1



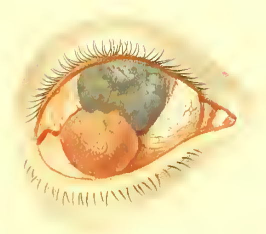
2



3



4



5



6

Emile Beau pinx. *Justo sc.*

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33

PLANCHE LIX.

TUMEURS SANGUINES ET ÉPITHÉLIALES DE L'ŒIL ET DE SES TÉGUMENTS.

Fig. 1. Tumeur sanguine de la paupière inférieure droite. Au milieu de la tumeur, on voit une escare résultant d'une cautérisation pratiquée par un chirurgien. — Obs. 208.

Fig. 2. La même tumeur vue de profil. — Même obs.

Fig. 3. Tumeur sanguine de la caroncule lacrymale droite (*encanthis fongueux*). — Obs. 209.

Fig. 4. Commencement de tumeur vasculaire sous-conjonctivale de l'œil droit, consécutive à une ophthalmie qui a amené l'opacité de la cornée. La tumeur forme un bourrelet rougeâtre semi-circulaire, traversé par de gros troncs vasculaires dont les ramuscules s'épanouissent à sa surface et sur la cornée. En dedans et en haut, à la circonférence de cette membrane, deux portions circonscrites de la conjonctive sont épaissies et vascularisées. — Obs. 210.

Fig. 5. Même œil, à une période plus avancée de la maladie.— Le bourrelet vasculaire est presque effacé, et la production morbide s'est circonscrite en une tumeur rouge, arrondie, finement lobulée. Du côté externe, on voit le principal des troncs vasculaires, qui auparavant s'épanouissait sur le bourrelet semi-circulaire, longer le bord de la tumeur et pénétrer dans son tissu. — Même obs.

Fig. 6. Cicatrice vascularisée de la moitié inférieure externe de la cornée droite. Gonflement chronique et épaississement de la partie inférieure de la conjonctive oculaire. Érosion du bord libre de la paupière inférieure avec perte des cils (*ptilosis*). Cancroïde épithélial (*epithelioma*) de la paupière inférieure, commençant sous la forme de deux tubercules arrondis, non encore ulcérés.— Obs. 211.

PLANCHE LX.

TUMEURS CANCÉREUSES, CANCROÏDES ET SANGUINES DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES.

Fig. 1. Cancroïde épithélial (*epithelioma*) de l'œil droit à l'état de récidive, et de la paupière inférieure sous forme de tubercule irrégulièrement ovalaire. La tumeur, déjà enlevée par l'instrument tranchant de dessus les deux tiers inférieurs internes de la cornée, repullule. Des bourgeons arrondis, blafards, développés sur les bords de cette partie de la cornée et sur la conjonctive dans toute la région du grand angle, ont exigé une cautérisation énergique, par suite de laquelle une petite procidence de l'iris s'est formée entre le centre de la cornée et son bord inférieur, au milieu d'une escare. Dans la partie inférieure moyenne de la conjonctive oculaire existe un gros bourgeon fongueux, rouge, irrégulièrement quadrangulaire. — Obs. 212.

Fig. 2. Même œil. — L'affection, négligée par le malade, s'est aggravée. Une tumeur d'un rouge vineux, irrégulièrement ovalaire dans le sens transversal, cache le globe oculaire et écarte fortement la fente palpébrale. La paupière inférieure est le siège d'une ulcération de mauvaise nature. — Même obs.

Fig. 3. Squirrhe des paupières de l'œil gauche, formant deux petites tumeurs lobulées au-dessous de la commissure externe, et une troisième plus grande, mais plus plate et plus uniforme, au-dessus de cette commissure. Injection de la conjonctive. Érosion du bord libre de la paupière inférieure, déjà cicatrisée dans sa moitié externe sous forme de double bande blanchâtre. — Obs. 213.

Fig. 4. Cancer ulcéré et fongueux de la moitié de la paupière inférieure gauche, formant un large tubercule brunâtre et mamelonné, crevassé au milieu et ayant poussé par sa face postérieure une large fongosité blafarde. — Obs. 214.

Fig. 5. Le même œil, après l'ablation de la tumeur et la guérison sans blépharoplastie. — Même obs.

Fig. 6. Tumeur sanguine sous-conjonctivale de l'œil droit, implantée près du repli semi-lunaire. — Obs. 215.



1



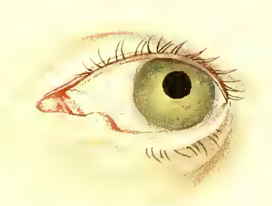
2



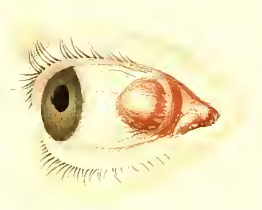
3



4



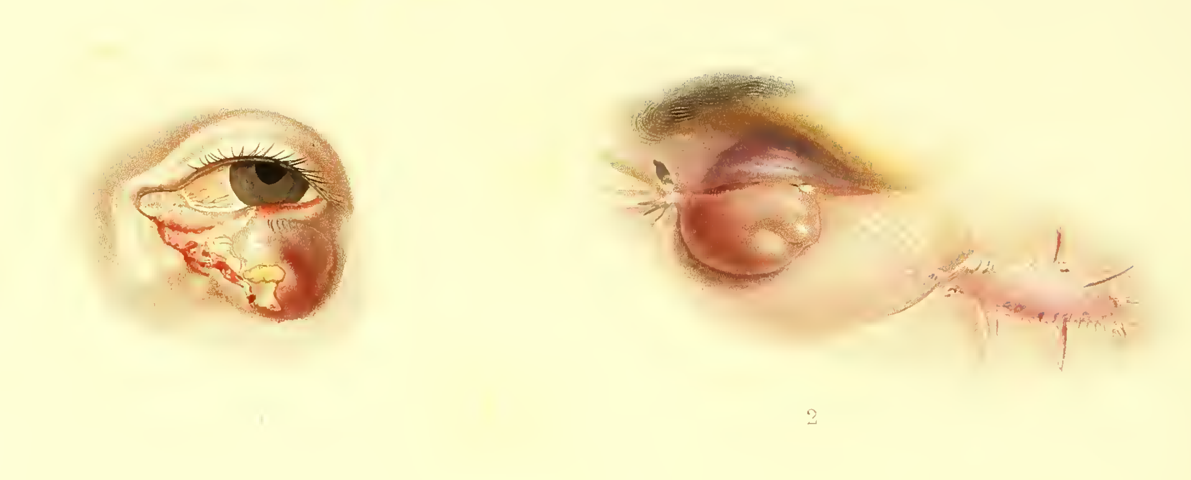
5



6

Émile Beau pinx.

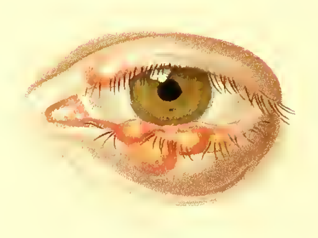
J. B. Baillière Libraire, à Paris



1 2



3 4



5 6

Emile Beau pinx. Visto sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris
Imp. Geny Gros R. S. Jacques, 33.

PLANCHE LXI.

CANCER ET ULCÉRATION NON CANCÉREUSE DES PAUPIÈRES. CHALAZIONS.

Fig. 1. Cancer de la paupière inférieure gauche commençant à s'ulcérer à sa partie interne et inférieure et à envahir l'orbite sous la forme d'un tissu fongueux blafard occupant la région du grand angle. — Obs. 216.

Fig. 2. Même œil. — Un chirurgien célèbre a enlevé la tumeur avec la paupière inférieure et pratiqué la blépharoplastie. On voit une cicatrice froncée dans le grand angle, et une autre beaucoup plus étendue sur la tempe où le lambeau a été pris. — Même obs.

Fig. 3. Engorgement hypertrophique et induration des follicules ciliaires (glandes de Meïbomius) de toute la paupière inférieure gauche notablement épaissie. Ulcération et large excroissance fongueuse mamelonnée de la surface palpébrale postérieure et du bord libre, regardée comme cancéreuse par plusieurs médecins et comme scrofuleuse et bénigne par l'auteur. Guérison radicale, sans opération, par un traitement pharmaceutique rationnel. — Obs. 217.

Fig. 4. Chalazion de la paupière inférieure gauche d'un enfant. La tumeur commence à passer en suppuration. — Obs. 218.

Fig. 5. Le même chalazion, quinze jours plus tard, alors qu'il s'est développé davantage à sa face conjonctivale, visible, au-dessus du bord palpébral libre, comme une bande rouge. — Même obs.

Fig. 6. Chalazion peu développé de la paupière supérieure gauche. Chalazions nombreux, mais peu volumineux, de la paupière inférieure, entourés d'une induration hypertrophique uniforme de tout le cartilage tarse. — Obs. 219.

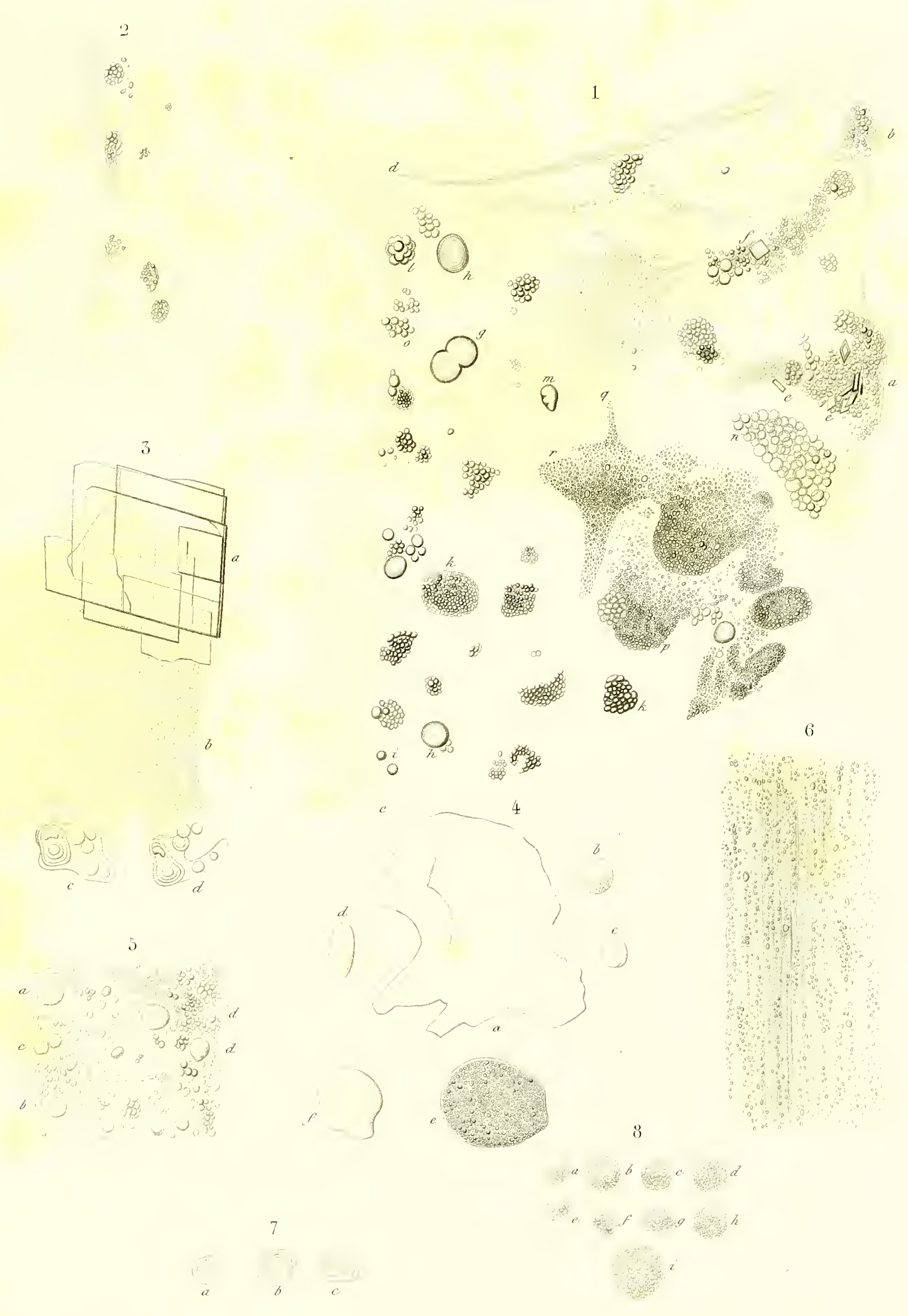
PLANCHE LXII.

ÉLÉMENTS MICROSCOPIQUES DE CATARACTES LENTICULAIRES.

Fig. 1 à 6. Voyez obs. 95, *t*, p. 333.

Fig. 7. Voyez obs. 95, *v*, p. 340, alinéa 2.

Fig. 8. Voyez obs. 95, *v*, p. 340, alinéa 3.



Dr Robin et Lackerbauer del. Martin sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



Dr Robin et Lackerbauer del.t

Martin sc.

J.B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp Geny-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE LXIII.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'APPAREIL CRISTALLINIEN.

Fig. 1 à 3. Texture microscopique de la capsule du cristallin, et surtout son épithélium. Voyez p. 294, § 446, alinéa 2, et p. 295, alinéa 3.

Fig. 4, 5. Fibres nucléées du cristallin, vues sous le microscope. Voyez § 442 et la description de M. Ch. Robin, p. 288.

Fig. 6, 7. Éléments microscopiques de la capsule d'une cataracte capsulo-lenticulaire luxée. Voyez obs. 95, *u*, p. 337.

Fig. 8. Éléments microscopiques de cataractes lenticulaires. Voyez obs. 95, *v*, p. 340, alinéa 2 d'en bas.

Fig. 9. Éléments microscopiques de cataractes lenticulaires. Voyez obs. 95, *v*, p. 340, alinéa 2 d'en haut et alinéas 1,2 d'en bas.

Fig. 10 à 16. Éléments microscopiques de cataractes lenticulaires. Voyez obs. 95, *v*, p. 341.

PLANCHE LXIV.

CHALAZIONS. MILIUM ET KYSTE SÉBACÉ PALPÉBRAL. SYMBLÉPHARONS.

Fig. 1. Chalazion très-volumineux, transformé en abcès de toute la paupière inférieure gauche. — Obs. 220.

Fig. 2. Chalazion de la paupière inférieure gauche, faisant saillie au dessus de la surface conjonctivale et passant en suppuration. La paupière est abaissée avec le doigt. — Obs. 221.

Fig. 3. Chalazion de la paupière inférieure gauche, faisant saillie au dessus de la conjonctive et transformé en abcès. La paupière est abaissée avec le doigt. — Obs. 222.

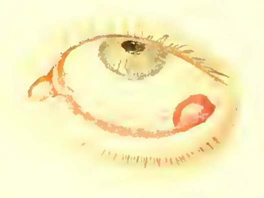
Fig. 4. Milium volumineux et vascularisé, situé sur la commissure interne des paupières de l'œil gauche. — Obs. 223.

Fig. 5. Kyste sébacé vascularisé de la paupière supérieure gauche d'un enfant. — Obs. 224.

Fig. 6. Symblépharon traumatique situé près de la commissure externe des paupières de l'œil gauche et affectant la forme d'une bride étroite blanchâtre. — Obs. 225.

Fig. 7. Ophthalmie externe chronique de l'œil droit avec cicatrice de la partie inférieure de la cornée, pannus vasculaire de sa partie supérieure et xérosis commençant de la conjonctive. Symblépharon consécutif, formant des plis et des brides entre le globe et les paupières pendant l'abduction de celles-ci. — Obs. 226.





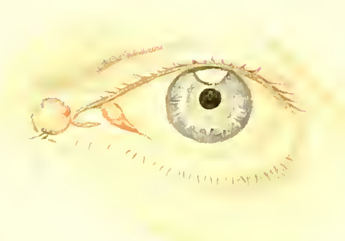
2



5

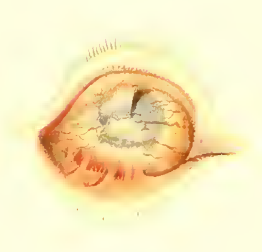


3



4

6



Emile Beau pinx

J. B. Baillière, Libraire, à Paris



Dr Frerichs et Lackerbauer delt. Martin sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.
Imp Geny-Gros R. S. Jacques, 33

PLANCHE LXV.

ÉLÉMENTS MICROGRAPHIQUES DU STAPHYLÔME DE LA CORNÉE ET DU PSEUDENCÉPHALOÏDE DE LA RÉTINE.

Fig. 1-7. *Éléments micrographiques du staphylôme de la cornée.*

Fig. 1-4. Voyez obs. 125, *c*, p. 400.

Fig. 5-7. Voyez obs. 125, *d*, p. 401.

Fig. 8-15. *Éléments micrographiques du pseudencéphaloïde de la rétine ou hypertrophie des myélocytes rétiniens.* — Obs. 204 *bis*.

Fig. 8. Couche de myélocytes superposée à une couche de cellules pâles sans noyaux.

a. c. Couche de myélocytes légèrement ovoïdes, tandis que normalement la plupart sont sphériques.

b. Couches des cellules pâles sphériques, larges en général de 8 millièmes de millimètre, solubles dans l'acide acétique, sans noyaux.

Fig. 9. Couche de myélocytes surchargée de granules microscopiques de phosphate de chaux donnant la couleur de semoule aux petits grains blanchâtres dont le tissu se montrait parsemé à l'œil nu.

Fig. 10 et 13. Amas de cellules pâles *b* de la fig. 8, isolés pour montrer que les unes (fig. 13) sont quelquefois un peu plus granuleuses et un peu plus foncées que les autres (fig. 10).

Fig. 11. Myélocytes, avec leurs caractères normaux, plongés dans une matière amorphe finement granuleuse.

Fig. 12. Quelques myélocytes isolés, plus granuleux qu'à l'état normal.

Fig. 14. Bâtonnets de la rétine, isolés, mais peu altérés, avec leur corpuscule ou noyau terminal.

Fig. 15. Amas arrondi de granules de phosphate de chaux.

PLANCHE LXVI.

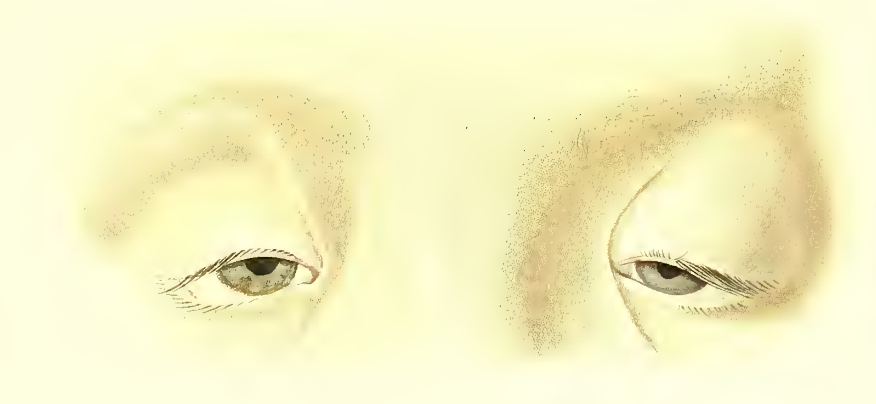
ANKYLOBLEPHARON. EPICANTHUS CONGÉNIAL. STRABISME.

Fig. 1. Ankyloblepharon membraneux presque complet de l'œil gauche, recouvrant les deux tiers externes de l'hémisphère oculaire antérieur et présentant seulement deux très petites lacunes noires à sa partie supérieure. — Obs. 227.

Fig. 2. Ankyloblepharon charnu partiel de l'œil droit, recouvrant le quart interne de l'hémisphère oculaire antérieur, et formant du côté du grand angle un sillon dans lequel restent implantés les cils renversés et en partie entre-croisés. — Obs. 228.

Fig. 3. Epicanthus congénial double avec ptosis atonique des paupières supérieures et strabisme convergent gauche. — Obs. 229.

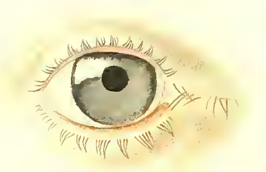
Fig. 4. Strabisme convergent et en haut de l'œil droit. — Obs. 230.



3



1



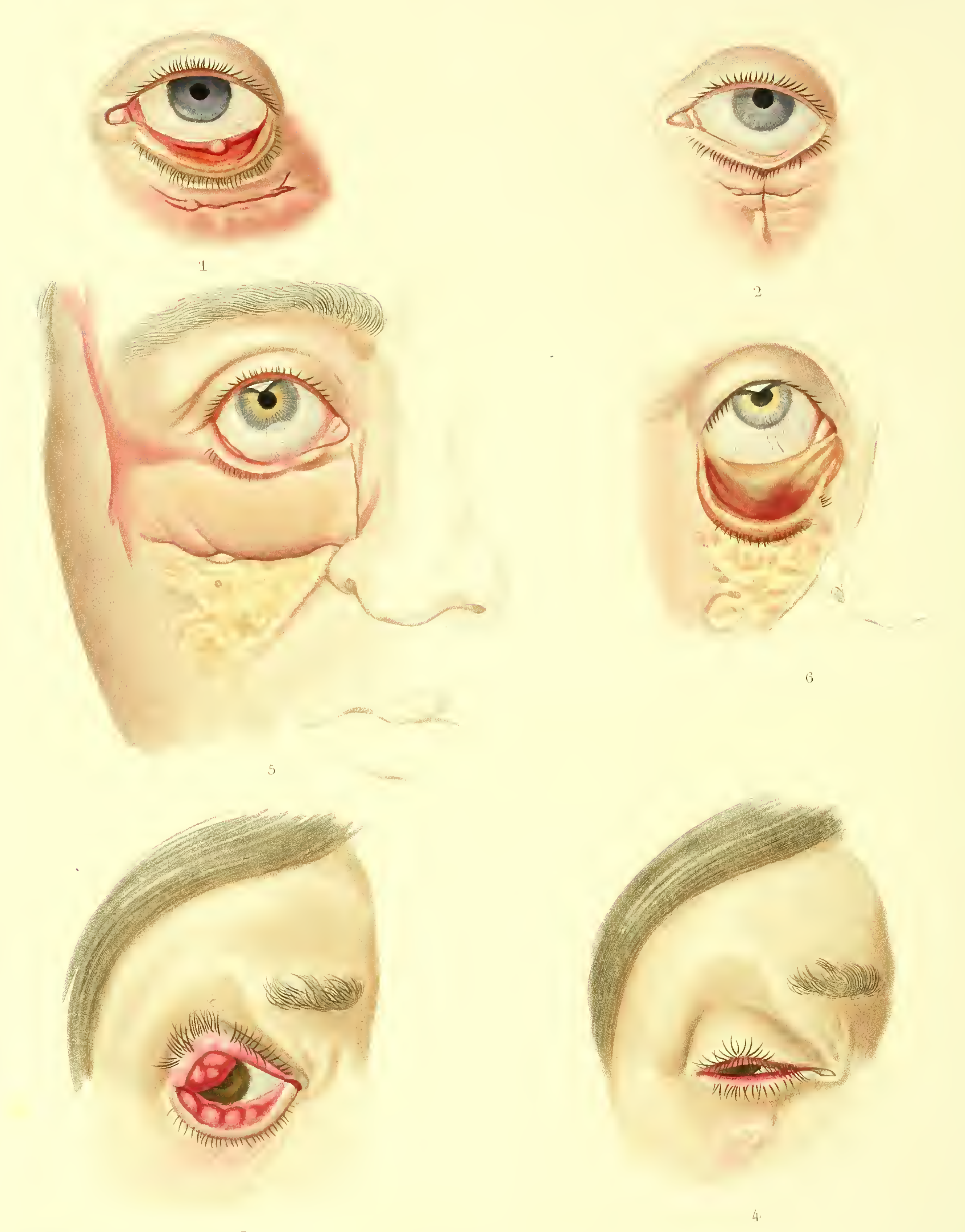
2



4

Beau pinx.

J.B. Baillière, Libraire, a Paris



nat. pinx. Martin sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.
Imp. Geny-Gros

PLANCHE LXVII.

ECTROPION ET SON OPÉRATION.

Fig. 1. Ectropion de la paupière inférieure gauche, causé par une cicatrice consécutive à une brûlure. Végétation arrondie de la conjonctive palpébrale. — Obs. 231.

Fig. 2. Le même œil, après que l'ectropion a été opéré par l'auteur, suivant la méthode du professeur F. Jæger. — Même obs. (Comparez pl. LXIX, fig. 3.)

Fig. 3. Ectropion sarcomateux des paupières de l'œil droit, avec distichiasis et destruction d'une partie des cils et du sourcil, causés par une cicatrice consécutive à une brûlure. — Obs. 232.

Fig. 4. Le même œil, après que les ectropions ont été opérés par l'auteur, suivant la méthode du professeur F. Jæger. L'œil est fermé, ce qu'il était impossible à la malade de faire avant l'opération. — Même obs.

Fig. 6. Ectropion de la paupière inférieure droite causé par une cicatrice consécutive à une pustule maligne. — Obs. 233.

Fig. 5. Le même œil, après que Blandin a opéré l'ectropion par la blépharoplastie au moyen d'un lambeau pris sur la tempe. — Même obs.

PLANCHE LXVIII.

ECTROPION ET SON OPÉRATION.

Fig. 1. Ectropion des paupières de l'œil droit, causé par une cicatrice consécutive à une brûlure. — Obs. 234.

Fig. 2. Le même œil, après que les ectropions ont été opérés par Dieffenbach et suivant sa méthode. — Même obs.

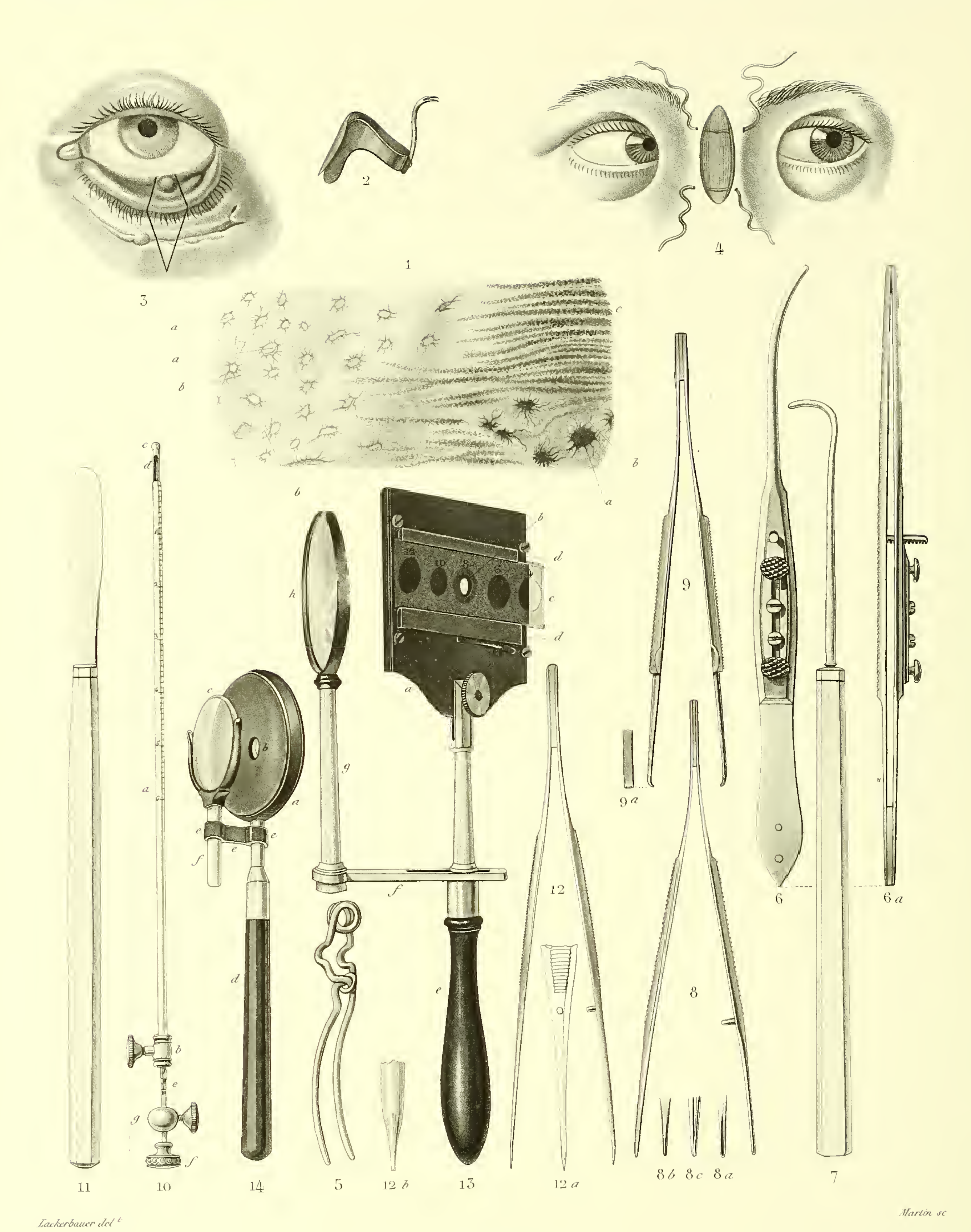
Fig. 3. Ectropion des paupières de l'œil gauche, produit par une cicatrice de la plus grande partie de la face, consécutive à une brûlure avec l'acide sulfurique. Cicatrice adhérente de la cornée. Fausse membrane adhérente remplissant presque toute la pupille naturelle. Pupille artificielle spontanée derrière le bord cornéen inférieur externe. — Obs. 235.

Fig. 4. Même œil fermé; les paupières restent renversées et les conjonctives exposées à l'air.

Fig. 5. Ectropion de la paupière inférieure droite, consécutif à la cicatrice vicieuse d'une déchirure du grand angle. — Obs. 236.



J. B. Baillière, Libraire à Paris



Lackerbauer del.t Martin sc

J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

PLANCHE LXIX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CHIRURGIE OCULAIRES.

Fig. 1. Éléments micrographiques d'une ossification de la rétine. — Voyez obs. 149, pag. 443, en bas.

Fig. 2. Anneau de Siegerist pour la fixation du globe, modifié par l'auteur (603, p. 453).

Fig. 3. Théorie de l'opération de l'ectropion selon la méthode de M. F. Jaeger. — Voyez obs. 231; pl. LXVII, fig. 1, 2.

Fig. 4. Opération de l'épicanthus congénial, selon la méthode de M. d'Ammon. — Voyez. obs. 229.

Fig. 5. Pince à ptosis de l'auteur. — Voyez la même obs.

Fig. 6. Pince à entropion du professeur F. Jaeger, vue de face et fermée.

Fig. 6 *a*. La même vue de champ.

Dans les deux figures *a* indique la coulisse mobile servant à fermer la pince.

Fig. 7. Crochet pour l'opération du strabisme.

Fig. 8. Pince à cils de Himly à extrémités pointues ; l'une des branches creusée en gouttière dans sa partie inférieure reçoit dans sa rainure l'autre qui est arrondie.

Fig. 8 *a*. L'extrémité de la branche creusée en gouttière, vue par sa face interne.

Fig. 8 *b*. La même vue par sa face externe.

Fig. 8 *c*. L'extrémité des branches fermées et vues de champ pour montrer que la branche creusée embrasse en partie l'autre branche.

Fig. 9. Pince à griffes de Vidal (de Cassis), très utile pour l'excision de granulations volumineuses du pli de la conjonctive et de petites tumeurs des paupières et du globe oculaire.

Fig. 9 *a*. L'extrémité d'une des branches, grossie.

Fig. 10. Porte-caustique gradué de l'auteur, servant pour les rétrécissements du conduit nasal et calqué sur le porte-caustique d'Amussat pour les rétrécissements de l'urèthre. — L'instrument est ouvert et la cuvette destinée à recevoir le caustique est en partie visible.

a. Le tube gradué par millimètres et pouvant être fixé sur la tige par une vis de pression *b*.

c d e f. La tige porte-caustique mobile dans l'intérieur du tube *a*. — *c*. Bouton olivaire muni, sur la moitié de son coutour, d'un rebord saillant. — *d*. Cuvette destinée à recevoir le caustique. — *e*. Partie carrée de la tige, graduée par millimètres. — *f*. Large bouton servant à saisir la tige et à la mouvoir.

g. Curseur muni d'une vis de pression destiné à limiter la course de la tige dans le tube.

Fig. 11. Scarificateur de Himly. Cet instrument, excellent pour la scarification de la conjonctive palpébrale (90) et oculaire (151) a été repris et donné comme sien par un ancien chef de clinique de l'auteur, sous le nom de phlébotome oculaire.

Fig. 12. Pince de l'auteur pour l'extraction de corps étrangers métalliques, peu proéminents, mais profondément fixés dans la cornée ou la sclérotique. Les branches de cette pince se terminent en cône tronqué très fin, mais très fort. L'instrument est représenté de champ.

Fig. 12 *a*. L'une des branches vue par son côté externe.

Fig. 12 *b*. L'extrémité des branches, grossie.

Fig. 13. Ophthalmoscope de M. Coccius, modifié par M. A. de Graefe.

a. Le miroir ou réflecteur, son côté opaque étant tourné vers le spectateur, son côté poli vers le malade.

b. Trou central auquel s'applique l'œil de l'observateur.

c. Plaque en verre ou en métal contenant une série de lentilles concaves depuis le n° 12 jusqu'au n° 4, et pouvant glisser dans la coulisse *dd*, de manière à permettre à l'observateur de placer devant le trou central la lentille concave qui lui est nécessaire.

e. Manche du réflecteur.

f. Branche transversale mobile autour du manche et se continuant en une tige verticale *g*, qui porte la lentille collective *h*. Cette lentille est placée de manière à concentrer la lumière de la flamme d'une lampe et à la diriger sur la face polie du réflecteur *a*, d'où cette lumière est projetée dans la pupille de l'œil à examiner.

Fig. 14. Ophthalmoscope de M. Ed. Jaeger.

a. Le miroir ou réflecteur, son côté opaque étant tourné vers le spectateur, son côté poli vers le malade.

b. Trou central auquel s'applique l'œil de l'observateur.

c. Lentille concave ou convexe enchâssée dans un porte-lentille à rainure, qui permet de la retirer et de l'échanger contre une autre lentille.

d. Manche du réflecteur.

e. Branche transversale mobile autour du manche et se continuant en une tige verticale *f*, laquelle, dans la rainure de sa bifurcation terminale, reçoit la lentille *c*.

Il n'y a pas ici de lentille collective ; la lumière est directement renvoyée par la face polie du réflecteur dans la pupille de l'œil à examiner.

PLANCHE LXX.

XÉROSIS DE LA CONJONCTIVE. TUMEURS LACRYMALES.

Fig. 1. Cicatrice, entropion et trichiasis des paupières de l'œil gauche et xérosis de la conjonctive, consécutifs à une brûlure. — Obs. 237.

Fig. 2. Entropion et trichiasis des paupières et xérosis des conjonctives, consécutifs à une blépharophthalmie chronique. La paupière inférieure gauche est abaissée par le doigt d'un aide. — Obs. 238.

Fig. 3. Tumeur lacrymale inflammatoire sustendineuse de l'œil droit, passant en suppuration. — Obs. 239.

Fig. 4. Tumeur lacrymale inflammatoire volumineuse et vascularisée de l'œil droit avec commencement de suppuration. — Obs. 240.

Fig. 5. Tumeur lacrymale de l'œil gauche d'une forme et d'une teinte particulières, dues à une sérosité trouble, roussâtre, contenue dans les voies lacrymales oblitérées. — Obs. 241.



J. B. Baillière, Libraire, à Paris



E. Beau ad nat. pinx. Oudet sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris
Imp. Geny-Gros

PLANCHE LXXI.

KYSTES SÉREUX ET TUMEUR FIBROÏDE DE L'ŒIL. HYPHÉMA ET HÉMOPHTHALMOS.

Fig. 1. Kyste séreux transversalement ovoïde placé sous la paupière supérieure gauche. — La paupière relevée permet de voir la partie inférieure du kyste. — Obs. 242.

Fig. 1 *a*. Même œil. — Croquis montrant l'aspect du kyste vu à travers la paupière supérieure abaissée.

Fig. 2. Kyste séreux sous-conjonctival transversalement ovoïde placé sur la partie inférieure de la sclérotique de l'œil gauche et le bord contigu de la cornée. Observation et dessin du docteur G. Sœmmerring, de Francfort-sur-le-Mein.—Obs. 243.

Fig. 3. Tumeur fibroïde de la sclérotique de l'œil droit et du bord contigu de la cornée.— Obs. 244.

Fig. 4. Rupture de la sclérotique droite ; procidence irido-choroïdienne transversale en partie recouverte de sang. Ecchymoses sous-conjonctivales. Hyphéma (épanchement de sang dans la chambre antérieure) au-dessus du niveau supérieur duquel on voit du sang qui recouvre la face antérieure de l'iris décoloré, et qui masque en partie la pupille devenue excentrique et tiraillée dans le sens de la procidence. — Obs. 245.

Fig. 5, 5 *a*, 6. Ophthalmie externe et interne chronique de l'œil gauche, entretenue par un cristallin déchatonné, presque pierreux, et accompagnée d'épanchements sanguins périodiques dans les chambres oculaires. — Obs. 246.

Fig. 5. L'œil un peu grossi. — L'injection conjonctivo-sclérienne n'est pas complètement reproduite ; les gros vaisseaux sous-conjonctivaux seuls ont été figurés. — Iris désorganisé, décoloré, jaunâtre, pointillé de rouge sur son côté externe, gris-d'acier ardoisé sur ses côtés supérieur et interne. Pupille dilatée, présentant sur son côté interne un cristallin déchatonnée, placé obliquement, jaunâtre et presque pierreux. Hyphéma d'une teinte foncée, occupant le fond de la chambre antérieure.

Fig. 6. Même œil, dessiné de grandeur naturelle et avec toute son injection vasculaire, à une époque plus avancée de la maladie.— Iris partout jaunâtre. Pupille presque entièrement masquée par l'épanchement sanguin coagulé, dans la partie inférieure duquel on reconnaît encore l'hyphéma, dont la couleur et les contours sont changés, par suite de la résorption de la partie séreuse.

Fig. 5 *a*. Fragment de l'iris de l'œil sain, indiquant la couleur primitive de l'iris de l'œil malade.

Fig. 7. Hémophthalmos déjà ancien, symptomatique d'une ophthalmie interne chronique. Le sang remplit en entier les chambres postérieure et antérieure, et ne permet pas de voir la pupille. Toute la chambre antérieure a une couleur vert-noirâtre, passant au jaunâtre à la circonférence.— Obs. 247.

PLANCHE LXXII.

CYSTICERQUES DANS LE GLOBE OCULAIRE.

Fig. 1. Cysticerque de la celluleuse (*Cysticercus cellulosæ*) développé sous la conjonctive et le pli semi-lunaire de l'œil droit. Au centre de la tumeur on voit la tache caractéristique, jaunâtre et arrondie. — Obs. 248.

Fig. 2. Cysticerque placé sous la conjonctive de l'œil droit, à peu de distance de la cornée. — La tumeur contenant le cysticerque est beaucoup plus vascularisée que d'ordinaire tout autour de la tache jaunâtre caractéristique. — Obs. 249.

Fig. 3. Le cysticerque de cette même observation, sorti par une rupture spontanée de la tumeur, non déployé et placé sur un fond opaque.

Fig, 4-8. Cysticerque dans la chambre antérieure de l'œil gauche, observé par les docteurs Schott et G. Sœmmerring de Francfort-sur-le-Mein. — Obs. 250.

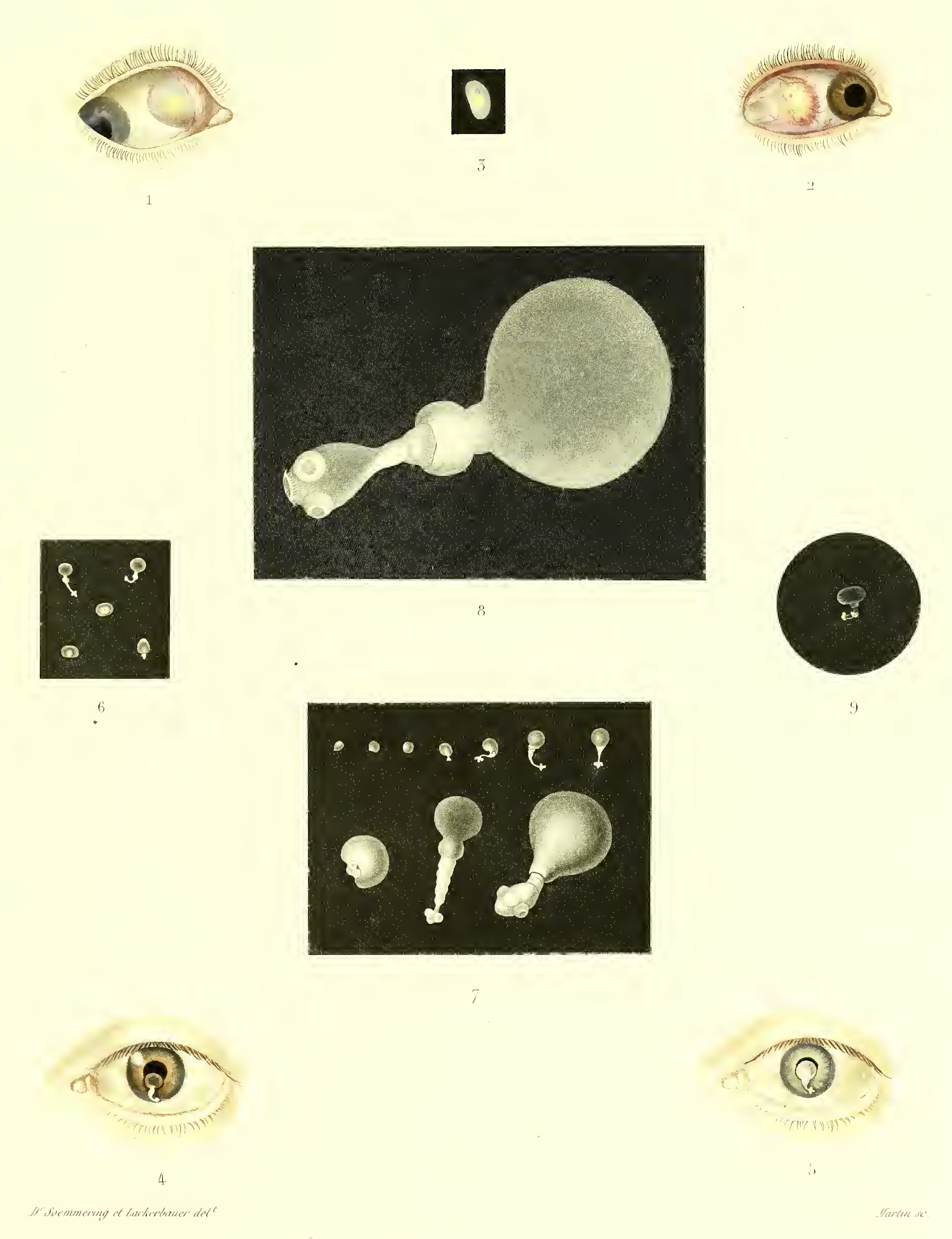
Fig. 4. Le cysticerque, dans la chambre antérieure, et ayant toutes ses parties déployées. — Dessin du docteur Sœmmerring.

Fig. 5. Le cysticerque dans la chambre antérieure, ayant toutes ses parties déployées. — Dessin communiqué par le docteur Schott.

Fig. 6. Le cysticerque, dans les différentes positions et sous les diverses formes qu'il affectait dans la chambre antérieure, par la rétraction ou le déploiement du col et de la tête. — Dessins du docteur Sœmmerring.

Fig. 7, 8. Le cysticerque, sous ses différents aspects. — Les sept dessins supérieurs de la figure 7 le représentent de grandeur naturelle, dans la chambre antérieure ; les trois dessins inférieurs de la même figure et la figure 8 le montrent sous des grossissements divers après son extraction. — Dessins communiqués par le docteur Schott.

Fig. 9. Cysticerque extrait de la chambre antérieure. — Dessin communiqué par le docteur A. de Graefe, de Berlin. — Obs. 251.



Dr Soemmering et Lackerbauer delt

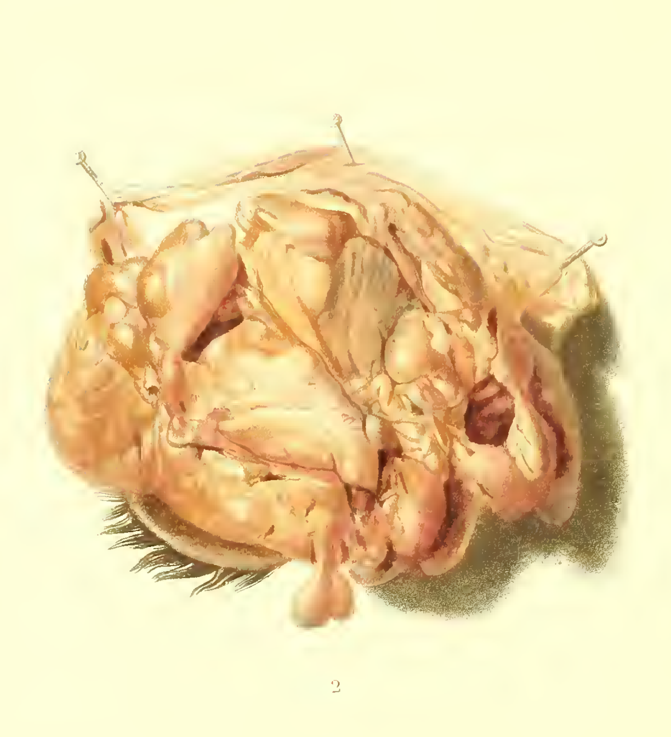
Martin sc.

J.B. Baillière, Libraire, à Paris.

Geny-Gros R. St Jacques



1



2



3

E. Beau ad nat pinx

Oudet sc

J. B. Baillière, Libraire, à Paris.

Imp Geny-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE LXXIII.

CANCER ENCÉPHALOÏDE DE L'ORBITE.

Fig. 1. Tumeur encéphaloïde de l'orbite gauche, ayant récidivé après l'extirpation du globe oculaire. Le sourcil est fortement repoussé en haut. La paupière supérieure, excessivement distendue et finement vascularisée, recouvre la masse morbide. Une veine très dilatée, très variqueuse, formée par la réunion de trois branches principales qui viennent des côtés externe et inférieur de la paupière, remonte à la région temporale, où elle est reçue par un énorme tronc veineux sinueux, placé horizontalement. En bas, près du cartilage tarse, cette paupière est sillonnée par deux plis épais; elle adhère à l'inférieure dans les deux tiers externes de son bord libre. — Obs. 252.

Fig. 2. Pièce anatomique. — La tumeur encéphaloïde, extirpée avec la paupière supérieure et le sourcil, vue par sa face postérieure. La pièce, ainsi que la suivante, est fixée et tendue par des épingles. — Même obs.

Fig. 3. Structure intérieure de la tumeur, laquelle est partagée en deux portions égales par une section verticale médiane. — Même obs.

PLANCHE LXXIV.

SQUIRRHE DE LA GLANDE LACRYMALE. CANCER DE L'ORBITE.

Fig. 1. Exophthalmos de l'œil droit, causé par un squirrhe volumineux de la glande lacrymale, et repoussant le globe en bas et en dehors. La paupière supérieure, excessivement distendue, présente une coloration rouge-violacée, sur laquelle le trajet de quelques vaisseaux veineux marque des traînées les unes plus superficielles, plus larges et plus bleuâtres, les autres plus profondes, plus minces et plus pâles. Au-dessous de son bord inférieur, et séparée de lui par une zone rose-pâle et en partie blanchâtre sur laquelle ressortent les pinceaux des cils, la conjonctive palpébrale supérieure, boursouflée, rouge-cinabre, tachée de plaques plus foncées ou plus claires, fait procidence. Plus bas la conjonctive scléroticale, également tuméfiée, offre une surface d'un rouge blafard, violacé ou jaunâtre par places ; une eschare en partie noirâtre, en partie brun-jaunâtre, siége à son centre. — Obs. 253.

Fig. 2. Exophthalmos de l'œil gauche causé par un cancer orbitaire volumineux. Le globe oculaire atrophié, aplati d'avant en arrière et refoulé en bas, fait une saillie considérable. Il est séparé de la tumeur par un sillon circulaire, interrompu sur le trajet des muscles droits supérieur et interne, qui forment là comme une bande fibreuse plate. La cornée, devenue ovale et ayant encore une certaine transparence, laisse voir l'iris désorganisé, en partie vert-jaunâtre foncé, en partie brun-noirâtre. Au-dessus du globe, la tumeur apparaît comme un bourrelet rouge-bleuâtre, proéminent, refoulant en haut la paupière supérieure, et recouvert dans sa partie visible par la conjonctive oculaire distendue et fortement vascularisée. La paupière inférieure, abaissée et renversée en dehors par la masse pathologique, montre sa face conjonctivale sillonnée de trois longs plis transversaux et teintée de rouge-cinabre très vif. L'écartement des paupières a été augmenté par les doigts d'un aide, afin de mieux faire voir les parties malades. — Obs. 254.



1.



2

E. Beau ad nat. pinx. Visto sc.

J. B. Baillière, Libraire, à Paris

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33



1



2 3

E. Beau ad nat. pinx. Visto sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

PLANCHE LXXV.

KYSTE HYDATIQUE. EXOSTOSE ET PÉRIOSTOSE DE L'ORBITE. PHLEGMON DE LA PAUPIÈRE.

Fig. 1. Exophthalmos de l'œil gauche, causé par un kyste hydatique volumineux développé dans l'orbite, lequel a déplacé le globe oculaire et l'a refoulé en bas, sur la joue. Le sourcil est repoussé en haut; la paupière supérieure, considérablement distendue, d'un rouge violacé, lisse, offre la transparence de l'hydrocèle et laisse entrevoir la forme ovoïde du kyste. Au-dessous, la conjonctive, tuméfiée, boursouflée, sillonnée de larges plis transversaux, est couverte, dans toute sa partie voisine de la paupière, de granulations (*trachomes*) confluentes peu élevées. Sa surface est d'un rouge intense, passant au violet foncé sur le côté externe. A la partie inférieure de la tumeur, une large croûte jaune-verdâtre mamelonnée recouvre la cornée, desséchée et désorganisée. — Obs. 255.

Fig. 2. Exophthalmos de l'œil droit, causé par des exostoses des parois orbitaires. L'œil est vu de profil. — Obs. 256.

Fig. 3. Phlegmon de la paupière supérieure gauche arrivé à la période de suppuration et causé par une périostose de la paroi supérieure externe de l'orbite. — La paupière, notablement gonflée, rouge, est, dans sa moitié externe, le siège d'un abcès volumineux. L'œil peut s'entrouvrir à peine du côté interne, et le globe oculaire est fortement repoussé en dedans. — Obs. 257.

PLANCHE LXXVI.

COLOBOME DE L'IRIS (IRIDOSCHISMA). MICROPHTHALMOS.

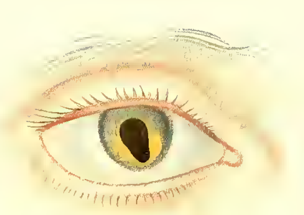
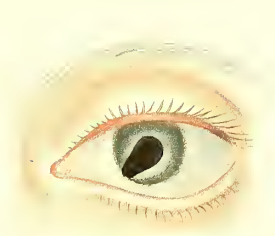
Fig. 1. Colobome congénial de l'iris des deux yeux. — Les solutions de continuité convergent en bas et en dedans. Les iris sont de couleurs différentes, jaune d'ocre en grande partie à droite, gris-bleuâtre à gauche (*heteroglaucose*). — Obs. 258.

Fig. 2. Colobome iridien congénial de l'œil droit. — Obs. 259.

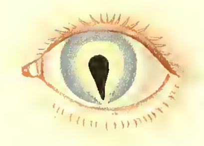
Fig. 3. Colobome iridien congénial de l'œil gauche, avec coloration très particulière du petit cercle. — Obs. 260.

Fig. 4. Colobome iridien congénial de l'œil gauche. — Outre la grande solution de continuité existant à la partie inférieure de l'iris, on en remarque, dans la région supérieure interne de la marge pupillaire, deux autres moins considérables, deux encoches profondes, formées aux dépens des fibres propres de l'iris sans intéresser l'uvée. Au centre de la pupille se montre une opacité jaunâtre, obovée, du cristallin. — Obs. 261.

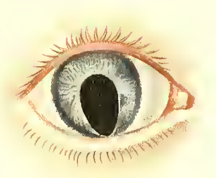
Fig. 5. Microphthalmos congénial des deux yeux, beaucoup plus considérable à l'œil droit. Les iris sont affectés de colobome également congénial; les solutions de continuité convergent en bas et en dedans. — Obs. 262.

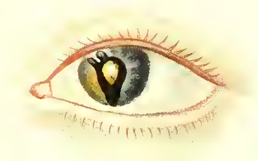
1



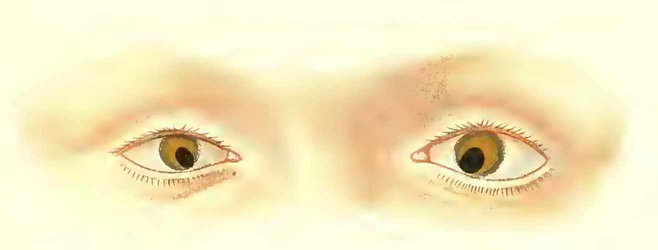
3



2



4



5

J. B. Baillière, Libraire, à Paris



E. Beau ad nat pinx. Oudet sc.

J. B. Baillière Libraire, à Paris.

Imp. Remy-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE LXXVII.

MYDRIASIS TRAUMATIQUE ET CONGÉNIAL.

Fig. 1. Mydriasis traumatique de l'œil gauche. — L'iris rétracté n'apparaît que comme un anneau gris-verdâtre foncé sans structure fibrillaire, interrompu dans son cinquième supérieur externe. Dans la pupille on voit, en bas, la partie supérieure du cristallin opacifié, devenue floconneuse par un commencement de résorption et traversée, d'un bord pupillaire à l'autre, par un filament fibro-albumineux enduit de pigment uvéen brunâtre; au milieu et en dehors, un petit fragment nébuleux de la cristalloïde opaque. Plus en dehors et plus bas, au voisinage de ce fragment, on remarque une petite opacité cornéenne. — Obs. 263.

Fig. 1 *a*. Fragment de l'iris de l'œil droit sain du même individu. — Même obs.

Fig. 2. Rétraction complète traumatique de l'iris droit. — La partie supérieure interne de la cornée est le siège d'une opacité. Le reflet de la croisée forme une double image, l'une supérieure et externe, très vive, sur la cornée, l'autre inférieure et interne, moins accusée et comme renversée, sur un plan postérieur, dans les humeurs de l'œil. Dessin et observation communiqués par le docteur G. Sœmmering à Francfort-sur-le-Mein. — Obs. 264.

Fig. 3. Mydriasis traumatique de l'œil gauche. — L'iris rétracté forme seulement un étroit limbe gris-bleuâtre. Le cristallin, opaque, repoussé en haut, occupe la moitié supérieure de la pupille, dont la moitié inférieure figure un croissant d'une couleur de rubis due au jeu de la lumière sur le fond de l'œil. — Obs. 265.

Fig. 4 à 7. Mydriasis congénial des deux yeux (appelé à tort par les auteurs absence congéniale de l'iris ou iridérémie). — Obs. 266.

Fig. 4. OEil droit. — Un reste d'iris forme, près du tiers inférieur externe de la marge sclérienne, un mince croissant bleuâtre, irrégulier, sillonné de plis. Un arc de couleur rougeâtre, produit par l'effet de la lumière sur le fond de l'œil, occupe le côté interne. Une légère opacité du cristallin rend nébuleux le centre de la pupille.

Fig. 5. Moitié inférieure externe de la pupille et de l'iris du même œil, vue sous un fort grossissement.

Fig. 6. OEil gauche. — Le limbe iridien siège également près du tiers inférieur externe de la marge sclérienne. Une opacité centrale du cristallin forme au milieu de la pupille une plaque irrégulière, blanc-grisâtre, entourée d'un disque nébuleux, blanc-bleuâtre.

Fig. 7. Même œil, vu sous une incidence de lumière qui donne à la pupille des nuances de rubis, et rend indistincte l'opacité cristallinienne, laquelle n'a pas été reproduite par le peintre.

PLANCHE LXXVIII.

AMAUROSE CÉRÉBRALE ET RÉTINIENNE : OPHTHALMOSCOPIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Tous les dessins ophthalmoscopiques sont notablement grossis.)

Fig. 1 à 5. Dessins faits à l'ophthalmoscope.

Fig. 1. OEil droit normal. Rétine rouge-pâle. Papille du nerf optique jaunâtre, entourée d'un étroit limbe ardoisé pâle ; ses contours nettement circonscrits. Vaisseaux centraux normaux, les veines très faciles à distinguer des artères. — Obs. 267.

Fig. 2. Amaurose cérébrale de l'œil gauche. Rétine d'un rouge-pâle normal. Papille optique très blanche, entourée d'un limbe ardoisé assez large et assez foncé ; ses contours nettement circonscrits. Vaisseaux centraux élargis, les veines faciles à distinguer des artères.—Obs. 268.

Fig. 3. Amaurose cérébrale de l'œil gauche. Rétine d'un rouge-pâle normal. Papille optique jaune-blanchâtre, entourée d'un limbe ardoisé pâle et assez étroit ; ses contours nettement circonscrits. Vaisseaux centraux élargis, les veines très faciles à distinguer des artères.—Obs. 269.

Fig. 4. Amaurose cérébro-rétinienne de l'œil droit. La partie centrale de la figure, avec les vaisseaux émergents, est seule dessinée à l'ophthalmoscope ; la partie périphérique a été ajoutée après coup, pour rendre la grandeur de la figure conforme à celle des autres et les extrémités des vaisseaux n'ont pas été représentées. Couleur rouge-pâle mate de la rétine, comme si cette membrane était recouverte d'une couche mince de matière exsudative. Papille optique d'une teinte jaunâtre pâle, entourée d'un limbe ardoisé assez large et assez foncé ; ses contours nettement circonscrits. Vaisseaux centraux étroits, en voie d'oblitération ; il est impossible de distinguer les artères des veines. — Obs. 270.

Fig. 5. Amaurose rétinienne syphilitique de l'œil droit. Rétine d'un rouge pâle un peu granuleux et mat, surtout dans quelques points, comme si elle était recouverte d'une légère couche de matière exsudative. Papille blanchâtre, à peine rosée, ses contours complètement effacés, sa circonférence envahie par la teinte rouge de la rétine. Vaisseaux centraux excessivement étroits, en voie d'oblitération ; il est impossible de distinguer les artères des veines. — Obs. 271.

Fig. 6. Pièce anatomique. — Amaurose rétinienne inflammatoire et exsudative de l'œil droit. L'hémisphère antérieur du globe et le corps vitré sont enlevés ; il ne reste plus que la moitié postérieure de la coque oculaire. La rétine, séparée de la choroïde sur ses bords supérieur et inférieur seulement, est plissée dans plusieurs endroits (la pièce, par une erreur de l'artiste, a été trop tournée autour de son axe de haut en bas et de droite à gauche). Injection rosée de la papille optique et de la partie voisine, centrale, de la rétine. Foyers hémorrhagiques dans le grand pli de la rétine et dans sa partie centrale, laquelle est en outre le siége de nombreuses petites tumeurs, ou tubercules, ovalaires ou arrondies, d'un à trois millimètres de diamètre, formées de matière fibro-plastique. Vaisseaux centraux très injectés ; leur injection, ainsi que la couleur rouge des foyers hémorrhagiques, de la papille et des petits tubercules, a notablement pâli, parce que la pièce, avant d'être dessinée, a séjourné pendant vingt-quatre heures dans de l'eau. — Obs. 272.

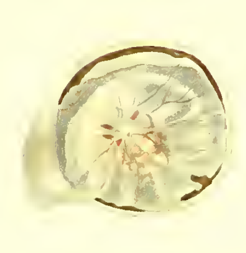
Fig. 7. Dessin ophthalmoscopique. — Amaurose rétinienne congestive et inflammatoire de l'œil droit. Hyperémie de la rétine ; petits foyers hémorrhagiques ; nombreuses taches et élévations jaunâtres d'exsudation fibro-albumineuse dans et sous la rétine. Celle-ci, dans ses deux tiers inférieurs gauches, est convertie en une seule plaque exsudative un peu élevée, lobulée, dont les lobes, très grands et confluents, sont plus distincts à la circonférence. La surface de cette plaque est recouverte de petits foyers hémorrhagiques, ou d'espèces d'ecchymoses, et de vaisseaux interrompus fortement injectés, bordés d'extravasations sanguines. Le reste de la rétine est d'une teinte uniforme, rouge sombre tirant sur le gris ardoisé. A la droite du spectateur, sur l'extrême limite du dessin, on voit, en raccourci, la papille optique rougeâtre et ses vaisseaux émergents excessivement dilatés. — Obs. 273.



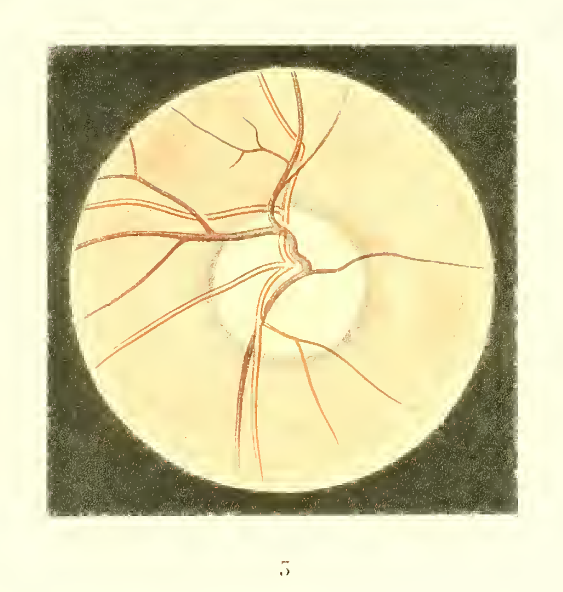
1



2



6



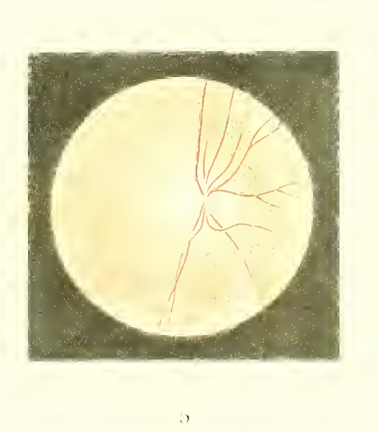
3



7



4



5

Cadet sc.

J. B. Baillière et Fils Libraires, à Paris



P. Lackerbauer del.   Oudet sc.
J. B. Baillière et Fils, à Paris.
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33

PLANCHE LXXIX.

AMAUROSE RÉTINIENNE ET CHOROÏDITE POSTÉRIEURE : OPHTHALMOSCOPIE. — MYIODOPSIE. SCOTOME.

Fig. 1 à 5. Dessins faits à l'ophthalmoscope.

Fig. 1. Amaurose rétinienne de l'œil gauche. Papille optique effacée. Vaisseaux centraux en voie d'oblitération, de sorte que la veine est difficile à distinguer de l'artère. Dépôts blanchâtres de différentes grandeurs dans la rétine, autour de sa partie centrale; l'état initial de ces dépôts a la forme de points blancs, placés à côté des vaisseaux ou le long de leur trajet. — Obs. 274.

Fig. 2. Amaurose rétinienne congestive et apoplectique de l'œil gauche. Hyperémie très prononcée de la rétine. Large foyer apoplectique de la partie inférieure de cette membrane, placé dans le voisinage de vaisseaux dilatés et contenant sept foyers apoplectiques plus petits, fort circonscrits, d'un sang plus foncé. Extravasation de sang le long des parois des vaisseaux. La position de la papille optique et des vaisseaux centraux est indiquée au trait sur la droite, en dehors du bord du dessin. — Obs. 275.

Fig. 3. Choroïdite postérieure peu intense de l'œil gauche. Papille optique entourée d'un étroit limbe brunâtre; son tiers externe envahi par une teinte rouge uniforme due à l'injection vasculaire ; ses deux tiers internes traversés verticalement par une bande pigmenteuse qui se continue en bas et à droite. — Obs. 276.

Fig. 4. Choroïdite postérieure de l'œil gauche. Papille optique envahie par l'injection vasculaire, ses contours effacés. — Obs. 277.

Fig. 5. Choroïdite postérieure très ancienne de l'œil gauche avec nombreux amas noirâtres de pigment choroïdien. Papille optique très blanche et nettement circonscrite. — Obs. 278.

Fig. 6, *a*, *b*. Myiodopsie (vision de filaments mobiles) des deux yeux. — Obs. 279.

Fig. 7. Myiodopsie de l'œil gauche. — Obs. 280.

Fig. 8. Scotome (vision d'une tache fixe) commençant de l'œil droit. — Même obs.

PLANCHE LXXX.

CHOROÏDITE POSTÉRIEURE, ÉPANCHEMENT SOUS-RÉTINIEN, CATARACTE : OPHTHALMOSCOPIE. — MYIODOPSIE. FLOCONS FLOTTANT DANS LE CORPS VITRÉ. SCOTOME.

Fig. 1 à 5. Dessins faits à l'ophthalmoscope.

Fig. 1. Choroïdite postérieure de l'œil droit. Papille optique hyperémiée. Nombreuses plaques pigmenteuses noirâtres dans plusieurs parties excentriques de la choroïde, et d'autres plus petites sur le bord interne de la papille. — Obs. 281.

Fig. 2. Amaurose cérébrale et choroïdite postérieure de l'œil gauche. (Un fragment quadrangulaire du fond de l'œil a seul été représenté; pour examiner le dessin, il faut le tourner de manière que son grand diamètre devienne vertical.) En haut on voit la moitié inférieure de la papille optique, dont la couleur est d'un blanc un peu jaunâtre. La partie adjacente des membranes internes est d'un rouge uniforme; tout le reste de la surface figurée offre l'aspect d'une choroïdite postérieure peu intense, mais bien caractérisée. — Obs. 282.

Fig. 3. Adhérence et amincissement d'une portion circonscrite de la rétine et de la choroïde de l'œil gauche, espèce de staphylôme choroïdien postérieur occupant une position insolite, plus éloignée que d'ordinaire du côté externe de la papille optique : une tache blanc-jaunâtre, ellipsoïde, longée en haut par une bandelette pseudo-membraneuse, est entourée d'une large bordure de pigment noirâtre. Papille optique normale, bordée sur son côté externe d'un limbe ardoisé très pâle. Rétine et vaisseaux centraux normaux. — Obs. 283.

Fig. 4. Épanchement sous-rétinien séreux de l'œil gauche. La rétine décollée est sillonnée au milieu par un vaisseau sanguin. Bandelette pseudo-membraneuse adhérente longeant le bord pupillaire externe. — Obs. 284.

Fig. 5. Cataracte corticale postérieure gauche, vue à l'ophthalmoscope. L'opacité forme des branches nombreuses, inégales, se réunissant au centre. — Obs. 285.

Fig. 6. Myiodopsie de l'œil droit. — Obs. 286.

Fig. 7. Myiodopsie de l'œil gauche. — Même obs.

Fig. 8. Filaments voltigeant dans le corps vitré. — Obs. 287.

Fig. 9. Myiodopsie de l'œil gauche, passant au scotome et symptomatique d'une amblyopie congestive. — Obs. 288.

Fig. 10 à 12. Scotomes symptomatiques d'une amblyopie congestive. — Obs. 289.

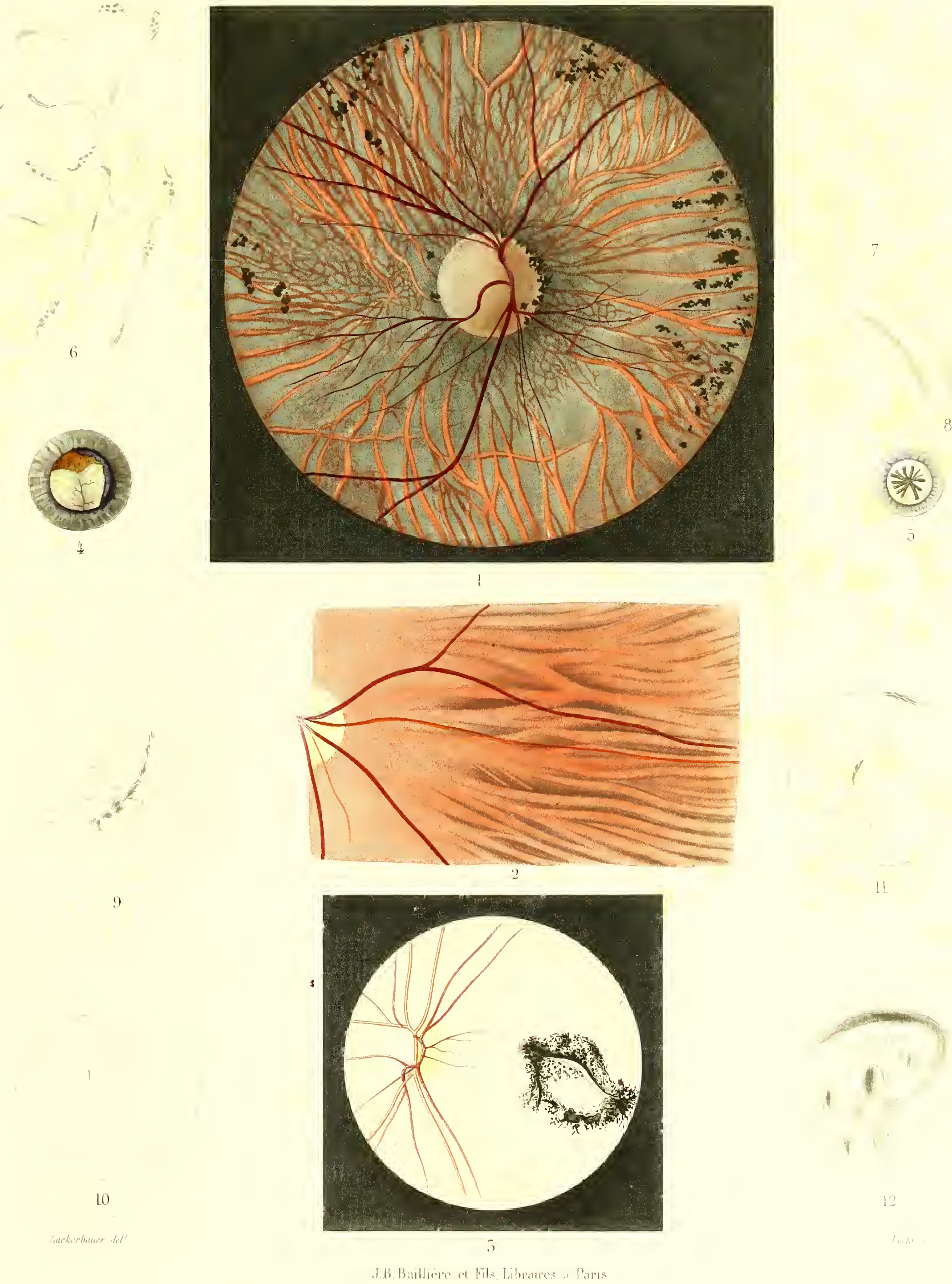
Fig. 10. Scotome commençant des deux yeux.

Fig. 11. Le scotome de l'œil gauche, dans sa marche ascendante, et, plus tard, à son déclin et sur le point de guérir.

Fig. 12. Le même, à son apogée.

FIN DE L'EXPLICATION DES PLANCHES.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.



Lackerbauer del.

J.B. Baillière et Fils, Libraires à Paris



